هذه ترجمة عربية مصرح بها لكتاب

Methodik des Psychotherapeutischen Einzelgespraechs

Leitfaden dynamisch- Interaktioneller Psychotherapie

By

Michael Geyer

□

المدخل إلى المعالجة النفسية التفاعلية الدينامية

طرائق العلاج النفسي الفردي

تأليف

Michael Geyer

ترجمة

د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

الناشر

دار الكتاب الجامعي

العين ـ دولة الإمارات العربية المتحدة

٢٠١٢

📖 الطبعة الأولى 📖

1433هـ - 2012 م

دار الكتاب الجامعي
عضو اتحاد الناشرين العرب
عضو المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين
العين - الإمارات العربية المتحدة

ص.ب. 16983
هاتـــــف 00971-3-7554845
فاكس 00971-3-7542102
E-mail:bookhous@emirates.net.ae

جمع وتنفيذ وإخراج: كمبيو رايتر Compu_Writer لخدمات دور النشر «عادل ندا» القاهرة
☏ (002-0100390516)

الفهرس

□

مقدمة المترجم

يناقش هذا الكتاب موضوعاً يندر جداً وجوده في المكتبة العربية، سواء فيما يتعلق بطريقة العلاج المطروحة أم فيما يتعلق بالطرائق العلمية والتقنيات التي لا غنى عنها من أجل تقويم مجرى العملية العلاجية ومدى تقدمها.

إن مشكلة العلاج النفسي في الوطن العربي تتمثل في ضعف الأداء وقلة التمكن من الطرائق والتقنيات العلاجية وعدم وجود الإشراف الذاتي Supervision وضبط العملية. وتغلب في الممارسات العلاجية أن تكون مزيجاً غريباً من التجريدات النظرية والتصورات الذاتية التي يصعب تحديد أهدافها وملامحها، وتقود في النهاية إلى إغراق المتعالج بمصطلحات تشخيصية تعويضاً للنقص في الكفاءة المهنية العلاجية، الأمر الذي يقود إلى قطع العلاج من المرضى وتفاقم مشكلتهم الذاتية وانزلاقهم في حلقة مفرغة من اليأس وقلة الحيلة، في حين نجد أن المعالج كان يلاحق أهدافه الخاصة، شعورياً أو لا شعورياً، والمتمثلة في إثبات كفاءته المهنية المشكوك فيها منه هو نفسه بالأصل أو قولبة المريض ليتلاءم مع تصوره النظري الذي يمثله أو أشياء أخرى كثيرة. وهي في كل الأحوال ليست أهداف المتعالج على الإطلاق والتي تتمثل في الشفاء من معاناته وتنمية قدرته على مواجهة مشكلاته الحياتية وأعراضه المرضية.

إلا أنه هناك أمل دائم في التحسن في الأساليب والطرق من خلال أشخاص يمتلكون تأهيلاً مهنياً حقيقياً، ويمارسون عملهم بصبر ودأب وبالتزام أخلاقي متميز.

إن التعمق النظري بنظرية معينة والتشبع بأفكار هذه النظرية أو تلك لا تجعل الطالب أو الباحث مؤهلاً بالضرورة لممارسة العلاج النفسي. فالتصورات النظرية أو الإمبيريقية حول الأسباب جانب والعلاج جانب آخر مختلف ومتسق مع هذه التصورات والمعرفة في الوقت نفسه.

وفي كل الأحوال فإن العلاج النفسي مهما كان نوعه وإطاره النظري الذي يقوم عليه لا يهدف في النهاية إلا إلى مساعدة الإنسان على أن يساعد نفسه، أي إلى أن

يتوصل إلى معرفة أسباب هروبه إلى المرض وأن يتعلم أنه ليس بحاجة لاستخدام طرق ملتوية في مواجهة متطلبات الحياة وأن هذه الطرق الملتوية لا تقود إلا إلى مزيد من الغرق في الحلقة المفرغة، وإلى أن يتمكن من الخروج من هذه الحلقة وإلى تعلم أساليب أكثر فاعلية، يكون فيها أكثر نضجاً وقدرة.

وتظل هذه المساعدة مقيدة بالإطار المعياري الذي تتم الممارسة ضمنه في مجتمعاتنا، في حين أنها بالأصل وليدة فكر ورؤية ثقافية-معرفية متحررة. وبين هذه التناقضات نأمل أن يتم إيجاد شكل من العلاج النفسي الملائم لأطرنا المرجعية المعيارية، والمعرفية البازغة.

ويظل المعالج النفسي إنساناً بالدرجة الأولى، مؤهلاً وخبيراً في شكل من أشكال العلاج، وله حدوده وإمكاناته التي لا يستطيع تجاوزها ولا يجوز له أن يتجاوزها. فهو ليس بالمصلح الاجتماعي وليس برجل الدين وليس شخصاً يمتلك الحلول السحرية في جعبته لكل الأشخاص وكل أنواع المشكلات.

إنه شخص مدرب في إطار علم اسمه العلاج النفسي المحكوم بطرائقه والمحدد بقوانين مهنية وأخلاقية، يطور نفسه باستمرار وينمو ويزداد خبرة مع مرضاه ومتعالجيه، يرافقهم في معاناتهم ويساعدهم في إطار مهنته وحدودها على تعلم واكتساب أساليب فاعله في مواجهة مشكلاتهم، ولكنه لا يقرر لهم ما عليهم فعله على الإطلاق. إنه لا يقيم ولا يطلق أحكاماً مسبقة بل يساعد المريض على أن يبني أحكامه الخاصة وأن يعدلها بالشكل المناسب له. وهو في الوقت نفسه شخص دائم التعلم يراقب سلوكه الخاص ويقومه ويعترف بأخطائه وبالصعوبات التي تواجهه، ولا يخلط بينها وبين تلك التي لمريضه ويدرك أهدافه الخاصة وأهداف مريضه والأهداف العلاجية ولا يخلط بينها.

وفي كل الأحوال يحتاج الأمر إلى قلب وإحساس متعاطف ومتفهم للعذاب والشقاء الإنساني وإدراك لحدود القدرات الذاتية وتمكن من تقنية علاجية فاعلة وتأهيل وتدريب مستمرين. ومن يستطيع التمكن من هذه الجوانب وتعلمها لا بد وأن النجاح سيكون حليفه. ومن الصعب اليوم النظر للعلاج النفسي بمعزل عن التطور

الحاصل في ضبط الفاعلية (الجودة) والمتمثلة في اتخاذ القرار العلاجي التفريقي المناسب للحالة المعنية والمبني على أسس مسندة بدءاً من التشخيص وانتهاء بالعلاج. والكتاب الراهن يقدم مساهمة غنية في مراقبة العملية العلاجية وضبط نوعيتها. ومن هنا فإن الأمل أن يكون هذا الكتاب عوناً على طريق تمهين مهنة العلاج النفسي الذي مازال يمارس في الوطن العربي بطريقة أشبه ما تكون بالممارسة المصبوغة بالصبغة الذاتية أكثر من الصبغة العلمية.

والله الموفق..

أ. د. سامر جميل رضوان

Srudwan@hotmail.com

□

مقدمة المؤلف

يتوجه هذا الكتاب إلى المعالجين النفسيين الخبراء وإلى المعالجين المبتدئين. ويهدف إلى تشجيع هؤلاء إلى البقاء ضمن إطار العلاج النفسي إذا ما اكتشفوا أن التقنية العلاجية التي تعلموها مؤخراً لم تثمر بعد على الرغم من استخدامها منذ فترة، أو عندما يصعب وبشكل مقبول ربط الإجراء العلاجي باهتمامات المتعالج، وهو أمر كثير الحدوث في بداية العلاج النفسي حيث تكون للمريض اهتماماته وتوقعاته البعيدة عن أهداف العلاج النفسي. وعندئذ قد يغرق المعالج النفسي نفسه في فوضى التوقعات المتبادلة والحاجات التي تطفوا بصورة يصعب تجنبها في المعالجة الفردية، مما يقود إلى تخلي المعالج النفسي عن الإجراء أو الطريقة ويعود للاعتماد على ما يسمى «المنطق الإنساني السليم» ويحاول أن يحقق التأثير على المتعالج بأي شكل من الأشكال دون الاعتماد على الطريقة التي تعلمها. في حين يبتعد معالج آخر ودون سبب موضوعي قائم عن الطريقة التي تعلمها ويلجأ بشكل آلي إلى الارتباط بمجموعات علاجية تتطلب منه التزاماً شخصياً أقل، ويهرب عدد ليس قليلاً من المعالجين خائباً وحائراً إلى بر «الأمان» والمتمثل في طلب إجراءات تشخيصية لا تنتهي ومتجددة باستمرار وإلى الاعتماد على تقارير النتائج وإلى استخدام الأدوية في حالات لا تستدعي وصف الأدوية أو ليس للأدوية فاعلية فيها على الإطلاق.

وتكمن أسباب هذا الفشل إلى النقص النظري والطرائقي العملي. فعلى الرغم من وجود دلائل وبراهين متنوعة وعديدة فإنه يغلب ألا يتم التأكيد على أن التأثير العلاجي النفسي أمر يتعلق بالدرجة الأولى ببنية ونوعية ما يسمى «بنوعية العلاقة البين إنسانية». ويغلب للخبير أن يشعر بهذا النقص البنيوي ويقوم بتعويضه بصورة حدسية. ولكن إذا أراد المعالج أن يطلق على الإجراء الذي يقوم به تسمية الإجراء العلمي فعليه التغلب على هذا القصور وذلك من خلال إضافة إجراء مناسب جوهره «عملية التأثير التفاعلي المتبادل للأشخاص المشاركين في المعالجة».

وبناء على ذلك فإن الجزء الأساسي من هذا الكتاب يعالج ثلاثية الإمكانات العيادية والحدث التفاعلي وديناميكية العلاقة العلاجية و يحاول بشكل منهجي إبراز أهمية هذه المستويات في مجرى العلاج.

وتكتسب التقنيات العلاجية النفسية أهميتها النوعية ضمن هذا النموذج التكاملي استناداً إلى وظيفتها المتمثلة في بناء علاقة تعاون علاجية ذات طابع داعِم مساعد أو كاشف.

ونأمل أن يستخدم المعالجون النفسيون الخبيرون هذا النموذج كإطار مرجعي متسقي في عملهم وأن يطبقوا ما سنعرضه من إجراءات في عملية الضبط والإشراف Supervision.

والاتجاه الذي يستند إليه هذا الكتاب لم يتطور بصورة مستقلة عن تطورات الاتجاهات العلاجية الكبرى للتحليل النفسي والعلاج السلوكي والعلاج النفسي بالمحادثة (العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج). وإذا حاولنا تصنيفه ضمن إحدى هذه المدارس فإننا سنجد أنه قريب من العلاج النفسي الدينامي القصير[1] وبشكل خاص العلاج الداعم الكاشف Supportive-Expressive Therapy للوبورسكي. وبناء عليه يمكن الرجوع إلى كتاب لوبورسكي حول «مبادئ العلاج النفسي التحليلي».

كانت المنارة بالنسبة للمؤلف تلك الانطباعات الشخصية والتخصصية من خلال عضويته في مجموعة باحثة عن طرق علاجية جديدة، عرفت تحت تسمية "جماعة الخبرة الذاتية إيرفورت-ليبزغ-بيرنبورغ، أثرت منذ عام ١٩٦٨ على تطور العلاج النفسي في ألمانيا بشكل كبير. أهدي هذا الكتاب لأصدقائي وزملائي في هذه المجموعة.

(١) تستخدم المراجع العربية تسمية العلاج النفسي المختصر، وهي تسمية خطأ. حيث لا يوجد علاج موسع وعلاج مختصر بل يوجد علاج طويل وعلاج قصير من حيث المدة الزمنية. (المترجم)

المؤلف

مدخل

ليس مصادفة أن تكون المعالجة النفسية القصيرة في أشكالها المختلفة هي الطريقة الأكثر استخداماً في الممارسة العملية. ويرجع سبب ذلك إما إلى كونها تستخدم أهم التقنيات المعروفة اليوم أو أنها قابلة للتكامل مع هذه التقنيات. وبناء على ذلك فهي طريقة أساسية في العلاج النفسي يستعين بمنظورها التكاملي المعالجون السلوكيون والاستعرافيون والمعالجون المتمركزون حول المتعالج، تماماً مثلما هو الحال لدى المعالجين النفسيين الديناميين حيث يستعينون بالتقنيات العلاجية السلوكية والاستعرافية وتقنيات المعالجة النفسية المتمركز حول المتعالج أو المعالجة النفسية بالمحادثة كما تسمى في ألمانيا. وهو أمر يتضح في أكثر من موقع في هذا الكتاب.

ومما لاشك فيه فإن جذور الطريقة الدينامية التفاعلية ترجع إلى التحليل النفسي، نظرية وممارسة. ومع ذلك فإن الأسس النظرية التي يتم العمل وفقها اليوم لا تستند إلا على وحدات أساسية قليلة من الاتجاهات النفسية الدينامية، وتستند أكثر إلى أطر علم نفس الشخصية ذات الاتجاه الإجرائي وعلم النفس العيادي أو الطبي القائم على أسس علم نفس الشخصية إضافة إلى الفروع الأساسية الأخرى.

ويتطلب البحث والتأهيل والممارسة العملية أساساً نظرياً والوضوح وقابلية الاستراتيجيات العلاجية الأساسية للضبط. ومن هنا يسعى المؤلف إلى تحقيق الأهداف التالية:

1- تقديم وصف مختصر وواضح للأسس الأساسية والمهمة للعمل العلاجي.

2- عرض كيفية التعامل مع هذه الأسس والاستراتيجيات والتقنيات في إطار نموذج تفاعلي أو عملياتي.

3- جعل طرائق التأهيل وضبط العملية ممكنة الاستخدام على أساس كونها تشكل دعماً للضبط الذاتي للمعالج ووسائل للتأهيل والتدريب.

واستناداً إلى هذا الهدف فقد قسمنا هذا الكتاب إلى فصول خمسة وملحق.

ويعرض **الفصل الأول** تحديداً للعلاج النفسي والإطار النظري للأساس العلمي الذي سنتبعه في هذا الكتاب. أما المصطلحات النظرية الأساسية التي توضح هذا الأساس فقد عرضناها في الملحق تحت عنوان فهرس المصطلحات للمساعدة عند الحاجة.

ويهدف **الفصل الثاني** إلى توضيح المنظور الأساسي الدينامي التفاعلي الذي نصوغه هنا بالعبارة التالية: «مفهوم العملية العلاجية بوصفها حدث تتشكل فيه نوعية التعاون العلاجي المركب الأساسي».

أما **الفصل الثالث** فقد تم فيه وصف استراتيجيات عيادية تشخيصية و«تقنيات التحديد» الشخصية للمجريات العلاجية وعرض بعض أدوات الضبط المبرهنة. وتتمثل هذه التقنيات في:

1- أداة لتوضيح تشكيلة التفاعل (عرض لأنماط التشكيلات Configuration بوساطة بروفيلات متعددة الأبعاد للكفاءة والتكافؤ).

2- مقياس لتحديد دوافع العلاج عند المتعالج.

3- مقياس لتوضيح التباعد الانفعالي بين المتعالج والمعالج.

4- مقياس لجعل توزع القلق الموجود في العلاقة العلاجية قابلاً للقياس الموضوعي.

ويقدم **الفصل الرابع** عرضاً لاستراتيجيات وتقنيات يتم بمساعدتها تشكيل البنى الفاعلة لعلاقة المعالج والمتعالج. وقد قمنا هنا بالقياس من خلال التقسيم الهرمي لمستويات الكفاءة العلاجية. أما الاستراتيجيات التواصلية فقد عرضناها استناداً إلى وظيفتها. كما يتضمن هذا الفصل عرضاً لاستراتيجيات بناء العلاقة والدعم والتكامل وتعديل أشكال التفاعل واستراتيجيات تنمية الاستبصار.

ويهدف **الفصل الخامس** إلى توضيح أسلوب وطريقة استخدام التوجهات وقواعد العمل المذكورة في الفصول الثلاثة الأولى في كل مرحلة من مراحل السيرورة العملية. ويتضمن نموذج مجرى عملية التفاعل خمسة أطوار، في كل طور منها استراتيجية محددة طبقاً لوظيفة المعالج في كل طور.

أما الملحق فهو عبارة عن مسرد فيه شرح للمصطلحات الأساسية التي يمكن أن يشكل شرحها داخل الفصل إلى إعاقة القراءة المسهبة. وقد قمنا بعرض المفاهيم بترتيب أبجدي.

ويسعى الكتاب أن يحقق وظيفة التوجيه للعمل العلاجي، ويمكن اعتباره «توجه علاجي مدعوم نظرياً» وليس العكس.

ويهدف النموذج التفاعلي المعروض هنا للمساعدة كدليل ينير الطرق في متاهة العملية العلاجية شديدة التعقيد. ولكننا نكون مخطئين إذا تصورنا أن وظيفة المرشد أو الدليل تتمثل في تبسيط متاهة العلاج النفسي.

ويمكن تصور تقدم معالجة نفسية ما من خلال المراقبة من نقطة عالية مهمتها دمج الحدث في شكل شديد التركيب أو التعقيد ومجرد يسير متتبعاً خيطاً وحيدا.

أما في خبرة المعالج والمتعالج، أو حتى من وجهة نظر المراقب الخارجي كذلك، فإن الطريق غالباً ما يقود إلى الاتجاه المعاكس أو إلى طرق مسدودة أو يدور حول نفسه في دوائر، وقد يتوه على المستويات المتعددة ويمضي في اتجاه مختلف. إضافة إلى هذا يمثل المضي معاً للمعالج والمتعالج في جزء من هذا «الضياع» سمة أساسية من سمات التواصل العلاجي. وقد لا يستطيع الدليل أن يوفر على المعالج مشاعر الإحباط واليأس وعدم الأمان التي يمر بها والتي تعتبر جزءاً أساسياً من مهمته العلاجية، إلا أنه يمكن أن يشجعه على الإصرار على تجاوز هذا المشاعر ليتمكن من مساعدة المتعالج.

كما يهدف هذا الكتاب إلى مساعدة الباحثين الذين يتعاملون مع أبحاث العملية

والفاعلية العلاجية على القيام بوصف أفضل للموقف العلاجي ولأسلوبهم الخاص وجعله موضوعياً قابلاً للقياس.

ولابد لمن يتبنى هذه الطريقة بشكل علمي أن يتأكد من أنه يستخدمها بالفعل، ويتضمن ذلك الضبط الذاتي المستمر والإقرار بقابلية السلوك العلاجي للمعالج للاختبار البعدي من الآخرين.

وتقدم الإجراءات الموضوعية أو الوسائل المعروضة هنا للتشخيص المرافق للعملية أساساً للعلانية (السببية) المطلوبة ولضبط الممارسة العلاجية.

وأخيراً نشير إلى أن الكتاب قد كتب من أجل دعم التأهيل أو الإشراف الذاتي من قبل مشرف خبير؛ ومن هنا فإن يمكن للمرشح ومشرفه استخدام المبادئ والتقنيات ووسائل ضبط العملية المعروضة في هذا الكتاب.

الفصل الأول

ما هو العلاج النفسي؟

1- إشكالية التعريف

هناك أسباب متعددة توجب ضرورة القيام بتحديد أدق لمفهوم العلاج النفسي. فهناك فروق بين مصطلح العلاج والعلاج النفسي ينبغي توضيحها.

فمصطلح «علاج Therapy» عبارة عن مصطلح طبي بالأساس ويقصد من وراءه مجموعة من الإجراءات ضمن إطار الطب، أما مبدأ العلاج النفسي Psychotherapy فيقوم على قوانين عامة للنمو الإنساني والدعم الاجتماعي وبناء العلاقات البين إنسانية. ومن هنا لابد من وضع الحدود بين العلاج النفسي وبين أساليب التأثير أو التدخل التي لا تبتغي أهدافاً علاجية نفسية. فهناك فرق. ولكننا علينا تقبل وجود منطقة عبور واسعة بين الإرشاد والعلاج النفسي وبين العلاج النفسي والطب النفسي. كما أن الفجوة بين العلاج النفسي وتحسين الكفاءات الاجتماعية أو الوقاية ضيقة بحق.

والعلاج النفسي بعيد كل البعد عن أولئك الذين يستخدمون وسائل تأثير العلاج النفسي بهدف الإبقاء على الناس متعلقين بهم لاستغلالهم من خلال الخداع والوعود الكاذبة وتمثيل دور المبشرين المغمورين. وهنا لا بد من تحديد تصويرة Schema مناسبة للإنسان والعالم.

ولا يتوفر حتى الآن تحديد مقبول من كل الأطراف لجوهر العلاج النفسي، إلا أنه

يوجد اتفاق عام في المراجع حول السمات العامة للعلاج النفسي[١]:

1- العلاج النفسي عبارة عن إجراء مخطط وموجه يهدف إلى التعديل. (كي يتم تمييزه هنا عن التصرفات العفوية في الحياة اليومية).

2- يجب النظر إلى هذه الإجراءات في سياق الاضطرابات السلوكية وحالات المعاناة والإعاقات النفسية والأمراض النفسية التي تعد بحاجة للعلاج.

3- من أجل إحداث تعديلات علاجية معينة يتم استخدام إجراءات علاجية نفسية. أي يتم استخدام طرق تعامل ترتكز على مجالي الخبرة والسلوك (وهذا التحديد يهدف إلى تمييز إجراءات العلاج النفسي عن الإجراءات الجسدية والدوائية والجراحية أو الإجراءات الاجتماعية والقانونية والدينية أو الإدارية).

4- يقوم بالعلاج النفسي أشخاص مؤهلون في العلاج النفسي، أي مساعدون محترفون (للتمييز هنا عن أشكال المساعدة التي يقدمها الأهل أو الأصدقاء أو الجيران... الخ).

5- العلاج النفسي عبارة عن عملية Process تقوم على أساس نظري فيما يتعلق بتحديد الهدف والتخطيط وتنفيذ الإجراءات وفيما يتعلق بالمتعالجين، أي يقوم على نظريات حول الخبرة والسلوك السليمين/ السويين والمريضين/ المتضررين، وحول الشخص (المتعالج) والمعالج وحول تفاعلهما مع بعضهما.

6- يجب أن يكون العلاج النفسي قابلاً للاختبار التجريبي وبشكل خاص فيما يتعلق بفاعليته، بهدف تحقيق مطلب العلمية ومن أجل تمييزه عن الطرق الدينية والشفاءات السحرية والمساعدات الأخرى.

[١] راجع أيضاً حول تعريف العلاج النفسي الفصل الأول من: ممارسة العلاج النفسي، الأسس النظرية للعلاج السلوكي والتحليل النفسي، ترجمة سامر رضوان، دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٩.

2- محاولة للتعريف

تتصف التحديدات المعروضة في النقطة السابقة بالعمومية فيما يتعلق بالأسس النظرية. فإذا أردنا أن تكون العلاقة بين النظرية والممارسة العلاجية أكثر وضوحاً فلابد من عرض بعض التصورات حول مفهوم الإنسان الذي تقوم المعالجة على أساسه وحول بعض العوامل الافتراضية المؤثرة وحول الفرضيات المتعلقة بطبيعة العملية العلاجية النفسية.

ويحاول التعريف المقترح هنا للعلاج النفسي تحديد إطار للمناقشة العلاجية النظرية الضرورية.

يحقق العلاج النفسي بصفته مبدأ معالجة، التأثير النفسي الهادف على العوامل التي تؤثر على علاقة الفرد بمحيطه ضمن شروط معيارية بهدف تحسين العوامل الذاتية، الجسدية والنفسية والاجتماعية، للفرد كي يتمكن من إدارة ظروف حياته بصورة بفاعلية.

ويشمل هذا التعريف العناصر التالية:

1- يقوم العلاج النفسي على شروط معيارية باعتباره ميدان تقني يمارس ضمن إطار العيادة النفسية باستخدام تقنيات ووسائل نفسية.

2- لا يدعي العلاج النفسي لنفسه دوراً خاصاً مقابل الفروع الأخرى فيما يتعلق بمفهوم الإنسان والمعايير الأخلاقية ومفهوم المرض والصحة ونظريات النشوء المرضي. إلا أنه يهتم بشكل خاص على أساس من مظهره الضمني، المنمي للشخصية، بتفسير علاقة الفرد بالمجتمع.

3- أما الجزء الثاني من التعريف فيتعلق بمطلب التأثير النفسي المنهجي. ويتضمن هذا وجود تصورات حول التأثيرات العلاجية النفسية قائمة على أسس علمية وقابلة للاختبار ووجود طريقة للقيام بالعلاج، أي وجود نظرية علاجية أو على الأقل وجود نموذج عملية Process model .

4- أما حقيقة أن الأمر يتعلق بتأثير نفسي فهي تشير إلى قانونيات عمليات التأثير البين شخصية والبين نفسية والاجتماعية التي تخضع لها كل طرق العلاج النفسي. ويقوم العلاج النفسي بتسخير المستوى النفسي الاجتماعي باعتباره مدخلاً للموضوع. وهنا تكمن السمة الأساسية الفارقة عن مبادئ العلاج الأخرى. فالعلاج النفسي يقوم على تصورات حول تأثير التواصل والتعاون العلاجي. وقبل التوسع في هذا المظهر لا بد من تقديم بعض التصورات الأساسية حول الطبيعة الاجتماعية للتأثيرات العلاجية، وهنا ننتقل إلى النقطة التالية من التعريف.

5- يقوم العلاج النفسي على التأثير على العوامل المؤثرة على علاقة الفرد بالمحيط: ويحدد هذا الأسلوب الذي يتم فيه إيصال التأثير النفسي للمتعالج. ولا يوجد اليوم أي شك بالعلاقة التفاعلية بين الإنسان وبيئته. فالتعديلات العلاجية من هذا المنظور تعديلات شاملة للمستويات البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

إن التأثير المُعَدِّل للشخص الذي يسعى العلاج النفسي إليه يتحدد من خلال نشاط الفرد في مجرى التنشئة الاجتماعية، ذلك أن التأثير النفسي العلاجي يحدد حالة خاصة من التعديل لها وجهان: الأول متمركز على الشخص والثاني على الموضوع. ومن ثم فهو تعديل موجه إلى منظومة الشخص والمحيط. ويتم استخدام الحدث العلاجي كموقع يتم فيه اكتساب خبرات تشبه الخبرات التي يكتسبها الفرد في إطار بيئة اجتماعية تحتوي على طاقات نمائية. ومن هنا فإنه يمكن النظر للتفاعل العلاجي على أنه حدث تسهم فيه الإجراءات العلاجية في بناء علاقة مشحونة بالتعديلات للفرد ومحيطه الاجتماعي.

وفي العلاج النفسي تتم مقاربة البنى الشخصية أو التنظيمات الفردية لإمكانات السلوك مع البنى الموضوعية أي مع الواقع الاجتماعي الذي يعيش الشخص فيه، بحيث تقترب معطيات الموضوع الفردية والموضوعية الموجودة من بعضها بعضاً. وهذا لا يعني أنه ينبغي تحقيق التكيف الواضح بين الفرد ومحيطه، بل المقصود هنا أن تصبح

معطيات الموضوع عند الشخص أكثر واقعية وأن يبني الفرد الواقع الداخلي والخارجي بصورة أفضل، أي أن يدركه بصورة أكثر واقعية ويسيطر عليه ويبني على هذا الأساس دوافع سلوكية جديدة.

فالفعالية العلاجية تتمثل في قيادة عملية التوازن هذه . وتقود هذه الرؤية بشكل حتمي إلى الفكرة القائلة: إن البنية الشخصية للمعالج والمتعالج في علاقتهما بالواقع، أي في مرجعية الشخصية المعنية حول المواضيع العلاجية الأساسية تسيطر على هذه العملية. فمن خلال شكل ومحتوى هذا التفاعل يتحدد إذاً التطابق والاختلاف بالنسبة للموضوع، النابع بالدرجة الأولى من المتطلبات المباشرة للموقف العلاجي. وتتجلى الكفاءة العلاجية عموماً في تنظيم علاقة الشخص- الشخص على هذا الشكل باعتبارها شكلاً خاصاً من العلاقة المتنامية بين الشخص والمحيط. ويتضمن هذا الأمر القدرة على بناء الطبيعة المطلبية للموقف العلاجي بصورة ملائمة من ناحية وبناء أطر الموضوع لهذا الواقع الناشئ من جهة أخرى. وبهذا يتحول مجال الفعل العلاجي إلى مكان تتم فيه مواجهة مهمة مباشرة، أي إدراك المتطلبات بصورة واقعية والقيام بالتصرف بشكل منتظم، بحيث يتم تعديل التركيبة المرضية للمتطلبات والمواجهة المعيقة للعلاج.

وبهذا فإن الأولوية تكون لما يتم بناؤه في علاقة المعالج بالمتعالج. فبنية التفاعل العلاجية، أو علاقة المعالج بالمتعالج عبارة عن تعبير عن الأسلوب الذي يتم فيه حل المشكلات (مستوى ضبط الذات ومستوى ضبط المحيط).

فإذا نظرنا للتفاعل العلاجي من هذا المنظور يصبح مدى الصلة التكاملية– التي تمثل بنية التفاعل العلاجي- عبارة عن متغيرات للعملية العلاجية دون التقليل من أهمية سمات المحتوى والسمات المتعلقة بالفرد. وتكون النتيجة هرم من إمكانات فهم العملية وتطويرها، أنظر الفصل الثالث الفقرة 2-4.

6- يحسن العلاج النفسي الظروف الذاتية للفرد التي تتيح له الإدارة الفاعلة لظروفه

الحياتية.

والمقصود بهذا الجزء الأخير من التعريف المواضيع وأهداف العلاج النفسي فقط. أما المقصود بالظروف الذاتية للفرد فهو عناصر كفاءات التصرف العضوية والاجتماعية والنفسية للشخصية. فالعلاج النفسي في النهاية لا يتمركز على ما هو «نفسي» فقط. فكل اضطراب ينشأ في سياق اجتماعي تفاعلي. والحوادث الاجتماعية تؤثر على الحوادث البيولوجية (ما يسمى بالأثر التهدمي الاجتماعي المنشأ) كما أن العمليات البيولوجية تؤثر على السلوك الاجتماعي (ما يسمى مظهر الارتقاء الجسدي المنشأ). وحسب نوع الاضطراب فإننا نلاحظ الإمكانات التالية:

1- إن شكل التفاعل الاجتماعي ذاته هو المحدد الأساس للاضطرابات (مظهر الانحطاط الاجتماعي المنشأ).

2- تحدد العمليات البيولوجية، بغض النظر عن شكل تجليها أشكال التفاعل الاجتماعي (مظهر الارتقاء الجسدي المنشأ).

3- التوازن النسبي لكلا المبدأين المحددين مع تقوية متبادلة متطابقة.

وبغض النظر عن اتجاه المنشأ الأساس فإن اضطرابات مستويات العملية الدنيا يمكن التأثير عليها من خلال المستويات الأعلى. مثال ذلك التأثير على حدث جسدي مؤلم من خلال العلاج النفسي أو العكس، أي التأثير الدوائي على السلوك الاجتماعي. والتواصل العلاجي عبارة عن عملية بناء بنى ذات تأثير نوعي.

أما جملة إن العلاج النفسي يهدف إلى تحسين شروط أو ظروف الفرد من أجل إدارة حياته بشكل أفضل فهي لا تحدد خصوصية من خصائص العلاج النفسي. وهنا يستخدم مقياس معياري لمفهوم الصحة والمرض، ألا وهو مقياس موقع الفرد كمدخل للأساس الفلسفي العام بالنسبة للهدف العلاجي. وتعبر وظيفة الفرد الذاتية التي تتجلى في القدرة على ضبط وتشكيل ظروف الحياة والنشاطات الذاتية، أي درجة الحرية

الفردية المتاحة، عن القيمة الثقافية الأعلى للمجتمع. وهي تشكل الأساس لكل تقدم اجتماعي فردي. إلا أن الصيغة الممكنة من الناحية النهائية والمسموح بها ثقافياً لممارسة وظيفة الفرد تمثل أيضاً المقياس المعياري الجوهري لتقدير حالة فردية ما من خلال أن وجود هذا المعيار يعني الصحة وتقييده يعني المرض.

ويرتبط بهذا التحديد للوظيفة العامة للعلاج في حالة العلاج النفسي مجموعة من المتطلبات المباشرة في النظرية والتطبيق. وتتعلق هذه المتطلبات بنموذج مرض مطابق لأحد هذه الأهداف، ونظرية مناسبة للشخصية والعلاج. وفيما يتعلق بالتفاهم العام حول العملية العلاجية يبقى لنا أن ندرك أن مفهوم العلاج النفسي في إطار المنظور المشروح يقوم فقط على تلك المفاهيم أو التصورات التي تنظر إلى شفاء الفرد والتحكم بالذات من قبل الفرد بشكل علائقي تصمم مشكلة توزيع السلطة وممارستها في مجرى عملية العلاج بوضوح بحيث أن نهاية العلاج تتحدد من خلال فقدان سلطة المعالج والشفاء في الوقت نفسه.

الفصل الثاني

جوهر التواصل العلاجي

1- أشكال المساعدة العلاجية

نحن ننطلق من أن العلاقة المساعدة تحدد الشرط المضموني للبنى ذات التأثير النوعي في علاقة المعالج بالمتعالج.

ولا نعتقد بصحة الادعاء القائل أن بناء العلاقة المساعدة يتطلب وجود قدرات ومهارات محترفة. فالصعوبة التي يواجهها المريض في الاستفادة من العلاقات المساعدة الموجودة في المحيط يمكن أن ترتبط بعيوب شديدة في النظام الاجتماعي أو في جزء منه. إذ يمكن أن توجد في هذا النظام علاقات عدوانية تمنع قيام علاقات مساعدةٍ. وعلى المعالج النفسي أن يضع هذه الإمكانية بالحسبان وذلك من أجل حماية النظام الذاتي العلاجي. وفي الممارسة العلاجية النفسية لتنظيم اجتماعي ما يوجد دائماً استعداد فردي لبناء أشكال من التفاعلات التي تسهل المرض وتبقي على الاضطراب. ومن وجهة المنشأ المرضي يهمنا هنا بشكل خاص كفاءات التنظيم الأساسية اللازمة لبناء علاقة متطابقة في نموذجها مع الواقع الشخصي والاجتماعي. فعمليات التنظيم تعد منذ فوندت في بدايات القرن العشرين أمراً أساسياً فيما يتعلق بتوزيع السلطة والمحبة والفعالية بين المتفاعلين. ويتم النقاش على الأغلب على مستويات لا شعورية حيث يتم تحديد مدى صلابة شخص ما تجاه الآخرين، والكيفية التي يريد فيها الشخص الآخرين قريبين

أم بعيدين .... ومن هو في هذا السياق الشريك الفعال... أو الشريك السلبي.....

وعندما يترافق المنشأ المرضي مع تقييدات مهمة في القدرة على تنظيم التفاعل كما هو الحال في غالبية أنواع الاضطرابات النفسية القابلة للعلاج النفسي، فإن هذا العجز يصبغ طبيعة العلاقة بحيث يصعب على العلاقة أن تصبح فاعلة دون تعويض عابر على الأقل لهذا العجز من خلال مساعدة متخصص. وفي هذه الحال يقوم المعالج بوظيفة تنظيم الأساس عند المريض وذلك من خلال:

1- منع مشاعر الاستسلام في العلاقة (تنظيم السلطة-التبعية).

2- قيادة البعد الانفعالي بين المتفاعلين، الذي يهيئ للمريض تواصل خال من القلق (تنظيم الود).

3- توجيه الجزء المعني من نشاط المتفاعلين اللازم لتحقيق المطالب العلاجية (تنظيم النشاط).

ومن حيث المبدأ يمكن القول أن كل تفاعل يتطلب مثل هذه العملية من تنظيم العلاقة ويفترض للأفراد أن يمتلكوا طاقات تنظيم متعلقة بالتربية (الثقافة)، أي مكتسبة على الأغلب من خلال التنشئة الاجتماعية. ويتجلى العجز غير المترابط في تنظيم العلاقة في مواقف متطلبات محددة فقط، مثال ذلك في مشروع تفاعل محدد للمعالج.

ويقال بأنه يوجد نوع من السلوك التفاعلي المرضي مقابل السلوك التفاعلي غير المرضي أو الذي لا يحمل أهمية مرضية. ويتضح هذا السلوك التفاعلي من خلال التفاعل العلاجي؛ إذ تتصف الاضطرابات النفسية بأنها انحرافات نمطية من ناحية وتظهر ثباتاً عالياً من جهة أخرى. وهذا يعني أن المرضى المحتملون يجبرون شركاؤهم على أن يقوموا بتغييرات مكثفة عند بناء العلاقة بشكل خاص، حتى وإن بدا للعيان وجود انسجام أولي مرتفع ورائع. ولعل المساهمة الكبيرة للتحليل النفسي من الناحية الإكلينيكية تتمثل في التعامل مع مثل هذا النوع من استراتيجيات تنظيم العلاقة المرتبطة

بشكل كبير مع منشأ الاضطراب، حيث تحدد هذه الاستراتيجية علاقة المعالج بالمتعالج بوصفها استراتيجية دفاع العلاقة أو نمط من الدفاع.

ويمكن الحديث عن عملية علاجية عندما يستخدم المتعالج كفاءة المعالج التنظيمية. أما الطريقة التي يحدث ذلك من خلالها فيفترض أن يتحدد من خلال الضرورة المنبعثة من المريض نفسه، من خلال عجزه وإمكانات الضبط لديه. ويمكن تصنيف هذه العلاقة المساعدة بوصفها مبدأ علاجي فعال جداً، طبقاً لوظيفة المساعدة المقدمة في التفاعل العلاجي.

وبشكل عام يمكن تحديد الوظائف التالية:

1- المساعدة من خلال موازنة العجز في تنظيم العلاقة: فمن خلال التفاعل يتم تعويض النقص في كفاءة المتعالج على تنظيم العلاقة حيث يحدث من خلال ذلك عمليات توكيد للذات. وتقوم الكفاءة العلاجية على القدرة على أخذ الدور التعويضي المعني (مسؤولية الدور).

2- المساعدة من خلال تمايز العلاقة: فمن خلال التفاعل يتم تحسين كفاءة التنظيم عند المتعالج فيما يتعلق ببناء وتكوين علاقة متينة انفعالياً وتفيد العلاقة في الوقت نفسه كمجال تدريب للتعامل مع الأشخاص المهمين وتتيح للمتعالج القدرة على الدخول في علاقات حميمة أو تعديلها حسب الحاجة. وتتجلى الكفاءة العلاجية هنا في قدرتها على تسليم إدارة دفة العلاقة إلى المتعالج.

3- المساعدة من خلال الاستبصار: يتم من خلال التفاعل توسيع وظائف ردود الفعل الذاتية للمتعالج ويتعلم التعبير عن عمليات التنظيم الداخلي لديه والتعامل مع خبراته ومشاعره، بكلمات أخرى إدراك صراعاته الداخلية والتوترات الناجمة عن الميول المتناقضة ويتعلم دمجها مع مفهومه عن ذاته. وتتجلى الكفاءة العلاجية هنا في التعبير المعقول عن المعلومات المستنتجة بطريقة انفعالية وبطرق أخرى من خلال هذه المداخل ووضعها تحت تصرف المتعالج. وهذه المداخل موجودة في كل

التفاعلات العلاجية ولكن بوزن وتمازج متبدلين موقفياً.

2- علاقة العمل والتعاون العلاجي

يشمل مفهوم علاقة العمل والتعاون العلاجي على: وصف التفاعل بوصفه سلوكاً تفاعلياً. ويتصف السلوك التفاعلي بأنه عبارة عن سلوك يتكون من خلاله نظام جديد من السلوك، يسعى فيه شخصان إلى هدف مشترك، وتتشكَّل من خلاله خصوصية داخلية بين المشاركين Inter subjectivity ورؤية متبادلة.

يستفيد المتعالج من تصرفات المعالج ويعدل من نفسه من خلال هذه الاستفادة باتجاه الهدف العلاجي. وهذا يتضمن وجود تصور واضح لدى المعالج حول الكيفية التي يمكن للمتعالج أن يستفيد بها منه، أي الكيفية التي عليه بها بناء العلاقة من أجل أن ينشأ تعاون على أساس الاستبصار المتبادل.

أما مفهوم علاقة العمل الأولية فقد أدخل لوصف منطلق مهم لعلاقة التعاون العلاجية: أي التعبير عن الموافقة حول الهدف والطريق المشتركين. هذه العلاقة التي ينبغي أن تستمر دائماً إلى حد ما في السلوك وأن تقدم القاعدة للنمو اللاحق لعلاقة العمل. وتعد علاقة العمل الأولية القاسم المشترك الأصغر للتعاون العلاجي إن صح التعبير وتظهر في الإقرار الثابت المشترك بمهمة علاجية مشتركة وفي المساهمة التفاعلية التابعة لذلك. وحسب درجة اضطراب المتعالج ودوافعه للعلاج ومشروع العلاقة العلاجية. ويمكن لهذا القاسم المشترك الأصغر في الحالات المتطرفة أن يتكون من فرضية مساء فهمها حول التشارك. ولكن حتى في هذه الحال ينبغي أن يكون وجود «ارتباط انفعالي» بسيط أو نوع من الارتباط العاطفي في العلاقة أمراً أساسياً.

ويمكن أن يتم تحقيق شكل أعلى من التعاون على شكل رابطة عمل عند المرضى الأقل اضطراباً أو الذين يمتلكون دافعية أكثر تمايزاً، مما يقود إلى بروز تصور محدد ينبثق من أحد المتفاعلين حول الهدف العلاجي التالي للعلاج ومعنى وطبيعة التواصل

العلاجي الذي يمكن استخدامه في اللحظات الحرجة للعلاج أيضاً. ويتطلب هذا الأمر قدرة المتعالج على الحفاظ على علاقة بالمعالج مع وجود نوع من المسافة وتحديد أسس للأسباب المرضية (كفاءة اللامركزية Decentralization Competency). وعلاقة العمل ليست على أية حال مدى ثابتاً سواء من حيث طبيعة التفاعل العيادي أم من ناحية أهداف العلاج التي تتمايز باستمرار. إن علاقة العمل الأولية تحدد مستوى محدد بحيث لا يمكن الحديث عن علاج فعال وذو معنى دون هذا المستوى.

مقاربة أهداف العلاج واستراتيجيات الوصول للهدف عند المعالج والمتعالج

يمكن للأهداف المشتركة أن تنشأ من خلال أن يتبنى أحدهم أهداف الآخر أو تتم المساومة عليها أو تتم صياغتها بشكل مشترك. ومن المهم أن يعتقد كل مشترك أنه يتقاسم الهدف مع شريكه وأنهما كلاهما يرغبان في متابعة هذا الهدف. ومثل هذا النوع من نظام التصرف يمكن بناؤه حتى عندما تكون الأهداف غامضة ومتناقضة.

فمنذ الجلسات الأولى يتجلى الاصطدام الأول بين استراتيجيات تحقيق هدف المتعالج واستراتيجيات تحقيق هدف المعالج. إذ أن المتعالج يشهد بشكل مباشر الأسلوب الذي يتصرف من خلاله المعالج من أجل تحقيق هدفه. ويمكن للمريض أن يعي هذا الهدف إما على أنه هدف خاص بالمعالج أو على أنه هدفه الخاص بالفعل. وطبقاً لذلك يتصرف المريض بشكل تعاوني وبشكل راض. إذاً ينبغي تحديد الهدف المتفق عليه بالأصل: إما الشفاء أو تحسن المعاناة مثلاً. وينبغي وضع أهداف جزئية بصورة مشتركة وتحديد الخطوات القريبة التابعة لذلك. ومن الأهداف العامة يتم استخلاص أهداف مشتركة في عملية تقارب متبادلة. ويمكن لهذا ألا ينجح في البداية إلا بشكل جزئي. على أية حال فإن التركيز على موضوع معين تتمحور حوله الجهود المشتركة ضروري، ومن الممكن تحقيقه. وينبغي أن يكون هذا الموضوع متطابقاً مع مشكلة ملموسة في العلاقة، ومن الممكن لهذه المشكلة أن تكون مازالت عامة جداً، بدأت علاماتها تظهر هنا وهناك في علاقة المعالج والمتعالج، حيث يبدو أن هذه المشكلة لها علاقة بالمنشأ

المرضي أو قد أسهمت في نشوء الأعراض المرضية، على نحو أن تكون على علاقة بالموقف المثير للأعراض أو المقوي لها أو الموقف المؤدي لأن تصبح الأعراض مزمنة، والتي يمكن العمل على حلها في العلاج النفسي. وعادة ما تظهر مثل هذه المشكلة في الجلسات الأولى للعلاج من خلال الشكل الذي يحاول فيه المتعالج قيادة العلاقة والكيفية التي يتعامل فيها مع عجزه في التنظيم الأساس. وعليه فمشكلة العلاقة تشتق بالدرجة الأولى من الملاحظات حول تفاعل المعالج-المتعالج، ذلك التفاعل الذي يسهم المعالج في صياغته بنفسه.

ومن أجل إمكانية الحكم على شكل التفاعل يجب علينا ترك هذا الشكل يتفتح والنظر إليه بنوع من الحيادية. فالمعالج والمتعالج يتراجعان إلى خلف الكواليس ويتركان «المشهد» الجاري ينساب. أما ما يمكن ملاحظته الآن ووصفه وما هو من كل هذا المهم من الناحية المرضية فيصبح موضوعاً مشتركاً للعلاج يتمايز من طور إلى طور ويتم تعديله كذلك بهذه الطريقة. وفي هذا الطور يمكن أن تتبلور مشكلة العلاقة أو البؤرة من خلال ما يقوله المتعالج حول موضوع صراع متعلق بخارج العلاج.

أما تقريب هدف العلاج واستراتيجية تحقيق الهدف فتنتج عن طور المدخل وذلك عندما يأخذ موضوع علاج منتقى بصورة مشتركة شكلاً معيناً، ويمكن توجيه دافع التعديل على هذا المستوى. وسوف نقدم أمثلة في الفصل الرابع الفقرة 5-2).

3- الكفاءة العلاجية

في إطار فهمنا الأساسي للعملية العلاجية النفسية يتجلى هنا بناء هرمي للمستويات المتفرقة من الكفاءة العلاجية والتي تتضمن القدرة على قيادة علاقة التعاون العلاجية في كل أطوار العملية:

1- المعرفة اللازمة حول العملية (تصميم المجرى).

2- القدرة على فهم شكل ومحتوى التفاعل العلاجي (التعاطف وقدرة اللامركزية والبحث

عن البؤرة).

3- القدرة على التشكيل البناء للتفاعل العلاجي (بناء الأهداف والقدرة على التنبؤ بالأشكال المتغيرة للعلاقة العلاجية والقدرة على وضع استراتيجيات تحقيق هذه الأهداف واستخدام التقنيات.

الفصل الثالث

تحديد محتوى وشكل التواصل العلاجي

1- مدخل

يرتبط التشخيص المرافق للعملية العلاجية والإجراء العلاجي مع بعضهما في الممارسة العلاجية النفسية بحيث يصعب عرض استراتيجيات تحديد العملية بشكل منفصل عن تأثيراتها. كما يكمن هناك خطر نسيان الطبيعة التفاعلية لكل الإجراءات التشخيصية الموصوفة هنا بشكل خاص. ومن هنا سنقوم في هذا الفصل بعرض الاستراتيجيات الرئيسية التشخيصية العيادية المتمثلة في التعاطف وتشكيل البؤرة.

2- التعاطف (التفهم المتعاطف)

يقصد بمفهوم التعاطف (من المرادفات: التفهم المتعاطف، التفهم) الموقف الذي يسعى فيه المعالج إلى فهم المتعالج في خبرته، أي فهم اتجاهاته القيمية ودوافعه ورغباته، والإيصال له خبرة أنه قد تم فهمه. وقد احتل هذا المظهر من مظاهر العلاقات البين إنسانية في إطار العلاقة العلاجية أهمية مركزية بالنسبة للعملية العلاجية منذ فرويد (١٩١٣). أما كارل روجرز (١٩٥٧) فقد اعتبر التعاطف من الشروط الضرورية والكافية من أجل تحقيق معالجة نفسية بناءة، إلى جانب المتغيرات الأساسية الأخرى المتمثلة في التقدير غير المشروط والدفء الانفعالي والأصالة، دون أن يحدد أن هذه المواقف يمكن التمرن عليها وتعلمها كمتغيرات أساسية كما حدث لاحقاً من قبل تلامذته (مثال تاوش ١٩٦٨). ويشكك المعالجون النفسيون بالمحادثة (أو المعالجون المتمركزون حول المتعالج) الحديثون التابعين لهذه المدرسة باستنتاج روجرز حول

الطبيعة الكافية للمتغيرات الأساسية، إلا أن التعاطف ما زال حتىٰ اليوم مقبولاً بشكل عام كأساس ضروري لإقامة علاقة مساعدة متجاوزاً كل الحدود المدرسية.

ومن ناحية أخرىٰ تصب من جهتها مجموعة أجزاء مركبة من العلاقة العلاجية الفعالة في هذه المتغيرة الأساسية غير النوعية إلىٰ حد ما، فيما يتعلق بالسلوك الملموس:

1- تتصف العلاقة العلاجية بالدفء والتقبل المتبادل. أما المشاعر السلبية فيتم «علاجها» بصورة مقبولة؛ فيكون المعالج هنا صريحاً وأصيلاً.

2- يحقق المعالج والمتعالج انسجاماً عالياً بشكل كاف بالنظر لهدف العلاج ومعاييرهما وقيمهما كشخصيات. وهنا يوجد نظاما قيم مهمان بشكل خاص: التصور حول المدخل إلىٰ المرض من جهة، ومفهوم نوع توزع المسؤولية والقيادة والضبط في العلاج في علاقة المعالج بالمتعالج من جهة أخرىٰ.

3- التعاطف المتضامن من أجل المريض من قبل المعالج.

4- قدرة المعالج علىٰ بث تعاطفه للمتعالج ومشاركة المريض والإيصال للمريض أنه قد فهمه بصورة مقبولة.

ومن خلال تعداد بعض الأجزاء الجوهرية المكونة للمواقف الأساسية التعاطفية يمكن الاستنتاج أنه يفترض للقدرة علىٰ التعاطف أن تتعلق بالأمور التالية:

1- بمواقف أخلاقية أساسية محددة للمعالج حول المهنة والتزامه الاجتماعي.

2- بإمكانية التأثر الانفعالي، وهو أمر متعلق بسمات الشخصية، وتمرنه علىٰ التعامل مع أحاسيسه.

3- بمهارته المتعلقة بشخصيته وتدريبه في إدراك نوعية العلاقة بالمتعالج والتأثير عليها.

كيف يتجلى السلوك المتعاطف؟

يمكن تصنيف السلوك المتعاطف في شكلين من علاقة التبادل الانفعالي الاستعرافي:

1- نوع التعاطف الأولي أو بشكل أفضل نوع من الصدى الانفعالي المتبادل الذي يكون في العادة قليل الوضوح.

2- شكل مرتبط بإنجازات استعرافية أعلى Meta-Cognition من الإحساس والفهم.

الصدى الانفعالي

يبدأ كل تفاعل من خلال انفعالات تواصلية لا تحتاج في البدء على المستوى الأولي من التواصل إلى عمليات ترجمة استعرافية عليا. ويدور الأمر حول ظواهر انفعالية الصدى خاصة بالكائن الإنساني من خلالها يمكن نقل حالات أساسية لشركاء التواصل، كالإحساس العضوي والاستعدادات السلوكية وتقييمات الموقف والرغبات...الخ شريطة أن تكون مرمزة انفعالياً. ويحدث جزء كبير من هذه التواصلات الانفعالية من خلال عمليات المحاكاة الآلية بمعنى أن يثير انطباع الوجه عند المرسل مثلاً ردة فعل آلية عند المستقبل، ترتبط في الوقت نفسه مع تعبير الوجه ومن ثم يؤدي إلى انفعال مطابق.

ومما لاشك فيه فإن هذا الانفعال يتم تقيمه بصورة لا شعورية قبل الاستجابة، ومن ثم يقود إلى استجابة انفعالية فردية. إلا أنه ليس على المستقبل أن يستجيب بالضرورة بالانفعال نفسه الذي عند المرسل. وهناك إمكانية أن يتشكل انفعال لدى المعالج كردة فعل مباشرة على انفعال آخر للمتعالج، مع العلم أن هذه التركيبة تحدث في إطار الحتمية النشوئية النوعية للانفعال Phylogenetic[1]. وعليه يمكن للمتعالج أن يشعر بالقلق والاستسلام، غير أن المعالج يستجيب هنا بالانزعاج لأنه يتعقب «تعاطفياً»

---

[1] التاريخ العرقي للنوع. مكتسب عبر تطور النوع أو العرق.

مشروعاً تواصلياً مازوخياً. ويمكن أيضاً تصنيف ردة فعل المعالج على الغياب المتوقع من الناحية الموقفية للانفعال عند المتعالج ضمن هذا الإطار.

وفي هذه المرحلة من التواصل يقوم المتفاعلين بالبث لبعضهم بعضاً وبصورة غير مقصودة نوعاً ما ما يلي:

1- استعدادهم العام للتواصل.

2- إمكانية الاهتمام ببعضهم عاطفياً.

3- طبيعتهم الشخصية جداً بالتعامل مع المشاعر والحاجات التي تبدو مهددة، على نحو إدراك المشاعر العدوانية في العلاقة أو التغاضي عنها وتجاهلها، السماح للقلق أو تغطيته من خلال نشاطات تعويضية.

ويتجلى هذا الأمر في كل السمات الشكلية الممكنة للسلوك: وضعية الجسد، تعابير الوجه، ردود الفعل الإعاشية، حجم المشاركة في التواصل الفعال، طول الجمل، تكرار تبدل الموضوع....الخ.

وبالنسبة للمعالج ينبغي له أن يدرك صداه الانفعالي الذاتي، سواء كان ذلك من أجل استخدام الانفعالات الذاتية كمعلومة مهمة حول حالة المشاعر ومخططات المتعالج (تحليل النقل المقابل) أو من أجل التمكن من ضبط الصدى في تأثير إجابته (أثر الاستجابة لهذا الصدى).

التعاطف

ومع ازدياد شدة تعقيد التواصل تزداد أهمية أشكال التواصل على المستوى الاستعرافي. إذ يتم تصنيف المعلومات وفهمها على المستوى الانفعالي وعلى المستوى الاستعرافي. ويتم هذا الفهم على ما يبدو من خلال التذكر الذي تتم استثارته من خلال معلومات انفعالية، على نحو تجدد الاستعدادات السلوكية المرتبطة بالانفعالات، كالخوف أو الهرب، أو الحزن أو مهمة ما...الخ. فإذا كانت الأطر الذاتية المطابقة

المكتسبة من خلال الخبرة ناقصة في النظام الاستعرافي الانفعالي للمعالج فإنه لا يحاول بشكل شعوري في هوامه، وعلى أساس الصدى الانفعالي المعاش وعلى أساس معلومات أخرى، بناء العالم الداخلي للمريض فحسب بل ويحاول كذلك بناء تصور حول تصور (مفهوم) الموقف عند المتعالج. عندئذ يتم إيصال التعاطف عبر هذه «التصورات حول التصورات». ويفترض أن تكون قائمة الانفعالات أو المعلومات الانفعالية الاستعرافية التي يتم إيصالها بهذه الطريقة، أوسع من الانفعالات الأولية أساساً، لأن هذا التواصل يتم سواء من خلال التصرفات التعبيرية الوجهية والجسدية ومن خلال أقنية تواصلية تستخدم الرموز كالترميز اللغوي وتفسير المحتويات الاستعرافية. وتشترط هذه العملية القدرة على اللامركزية (بياجيه)، أي إمكانية وضع الذات مكان شخص آخر والحصول على رؤى مستقبلية وبناء تصورات سلبية.

التعاطف والقدرة على اللامركزية

من خلال مساعدة التعاطف تتكامل مجالات متعددة من المعلومات أو تندمج مع بعضها ومن بينها:

1- معلومات حول شريك التواصل: أي الحالة الانفعالية للشريك: هل هو متوتر أم قلق أم منزعج أم هادئ أم مكتئب أم مرح.....الخ.

2- الاستعدادات الراهنة للتصرف المتعلقة بالموقف: هل هو مهتم بجد، أم غير مهتم وغير مبال هل يرغب أن يكون أكثر اقتراباً أم أكثر بعداً، هل يريد أن يكون مسيطراً أكثر أم تابعاً، هل يريد الضبط الفعال للموقف أم عدم الضبط.

3- مفهوم الذات: هل يعتقد أنه مهم، أم أنه عديم القيمة، ذكي، مثقف، أم غير مثقف، جميل أم بشع، عدواني، قوي، رقيق، ضعيف...الخ.

4- مفهوم الموقف: كيف يبدو الموقف له، هل هو واضح أم أنه مشكل، بسيط أم معقد، يمكن برمجته، يمكن مواجهته، أم أنه لا يقاوم.

وعندما يتم إيضاح هذه المعلومات من زاوية موقف المتطلبات العلاجي في صورة تغيير في الرؤية في إطار اللامركزية ينتج تقييم للسؤال: هل هذا السلوك غير متعلق بالموقف؟ وهل يتعلق الأمر بردة فعل المتعالج على الموقف العلاجي؟ ما هي مساهمته؟ وسوف نقوم بنقاش هذه الأسئلة بشكل مختصر.

فعندما وضع فرويد في عصره القواعد المبدئية للتصرف العلاجي والتي من المؤكد أنه هو نفسه قد طبقها بشكل متساهل جداً، اهتم بضرورة إفساح المجال للمتعالج بالنقل المستقل عن مشكلات العلاقة الشخصية الحالية لمشاعره ورغباته وحاجاته المتشكلة في الطفولة إلى المعالج. فمن خلال مبدأ المنع (أو التقشف) الذي يمنع المحلل من كل فعل شخصي، وفق القاعدة التالية: الإجابة عن أسئلة المتعالج بأسئلة أخرى عن خلفية الأسئلة ووفق قاعدة: الصمت حتى يبدأ المتعالج بالحديث وبقاء المعالج متخفياً وراء الأريكة. فمن خلال ذلك يتم تحقيق هدف اللاعلاقة (علاقة اللاعلاقة)، حيث تقتصر علاقة اللاعلاقة على مساعدة المتعالج على أن تتفتح بنية علاقته انطلاقاً منه نفسه...، ويتم هذا مبدئياً من خلال ما يقدمه الموقف التحليلي، أي تصميم المجال العلاجي بوساطة القواعد المذكورة أعلاه، وبشكل ثانوي من خلال التفاعلات الواضحة التي تنمي المواجهة أو التمثل. ويتعلق نجاح كل الفعاليات القائمة على ذلك للمعالج بمسألة تمكن المتعالج من تحرير المواجهة الانفعالية الاستعرافية أو الصراع الانفعالي المعرفي الشديد مع نفسه وأن يتحمل مسؤولية هذا التحرير.

وعند السؤال: هل يجب تطبيق المشروع العلاجي بصورة مطلقة بالفعل؟ فإن الإجابة عن هذا السؤال تتمثل في أن الآراء تختلف في هذا.

وتنطلق وجهة نظرنا من التشكيك بموقف اللاعلاقة هذا. فالمعالج يبني هنا موقف متطلبات علاجي يمكن أن يقود إلى تأثير عكسي، أي إلى تأثير يعيق تفتح المتعالج عدا عن أنه يتم تشجيع المتعالج على التصرف وكأنه لا علاقة له بهذا الموقف. وقد عبر بالينت عن هذه الأفكار في وقت مبكر نسبياً عندما قال «الله وحده يعلم كم

من ظواهر النقل المتشكلة تحت بصر المحلل ناجمة عنه شخصياً. فالنقل يمكن أن يكون عموماً عبارة عن ردة فعل تجاه الموقف التحليلي النفسي عموماً أو أن أشكال النقل الخاصة يمكن أن تكون ناجمة عن تقنية مضبوطة أو غير مضبوطة للمحلل النفسي». إن التسليم بالمساهمة التفاعلية للمعالج تشمل مسؤولية المعالج أن يشكل الموقف طبقاً لإمكانات المتعالج، وبهذا تكون القدرة على جعل معلومة مستنتجة تعاطفياً حول خبرة وسلوك المتعالج نسبية ضمن هذا المظهر من القدرات الأساس للمعالج.

في المرحلة التالية يصوغ المعالج فرضيات حول طبيعة علاقة المتعالج بالمعالج، مهما كانت طبيعة هذه العلاقة. ومن أجل هذا يحتاج المعالج إلى معلومات حول الانطباعات والمشاعر وميول التصرف التي استثارها المتعالج لديه. إنه يسأل نفسه:

هل أجد المتعالج لطيفاً أم لا، هل يثير في نفسي الاهتمام؟ هل أشعر أنني معاق أو مقيد في التعامل التعاطفي؟ ما هي الصورة التي يريد المتعالج أن يتركها لدي؟ هل يريد أن يظهر بائساً ومغلوباً على أمره أم قوياً مشاكساً أم طيعاً، مغرياً أم غير مغر جنسياً، ساذجاً أم شديد الذكاء...الخ.

ما هي التصرفات التي أشعر أن المتعالج يدفعني إليها؟ أي نوع من العلاقة أقدمه للمتعالج؟ هل أنسحب؟ هل أكون فعالاً أم سلبياً؟ هل أسيطر أم أظل في الخلفية؟ أي سلوك لي يبدو مكفوفاً من خلال المريض؟ هل يصعب علي أخذ المبادرة أم تركها للمتعالج، هل أتوجه مباشرة للمتعالج، هل أواجهه، أظهر له عجزه هل أحتفظ بمسافة؟... الخ.

وتقود هذه الأسئلة إلى التعبير الأعمق عن الجزء الشخصي للمعالج عند حصول «النقل». وربما يسأل نفسه فيما إذا كان يحث المتعالج بشدة أو يدعمه بصورة قليلة جداً.....الخ. فإذا كان المعالج يمتلك معرفة مدعمة بصورة كافية حول الصعوبات الانفعالية الخاصة في التعامل مع المشكلات التي يطرحها المتعالج أو يعكسها من خلال سلوكه، فإنه يتمكن من استخدام مشاعره الذاتية والميول...الخ (أنظر النقل المعاكس)

كوسيلة تشخيصية عيادية مساعدة لبناء تصور حول المشكلة التفاعلية (أنظر البؤرة).

المعلومات التي يمكن الاستدلال منها على نوعية العلاقة

تتجلى القدرة على اللامركزية عند المعالج من خلال إحاطته بأوجه مختلفة، تمت الإشارة إليها سابقاً. وتتبلور هذه الأوجه من خلال الانطباعات حول الآخر والمشاركة العلاجية والاستجابة على أفعال وردود أفعال الآخر. وهذه الوجوه تتحول إلى تصور متكامل أو متسق لمجرى سلسلة التفاعل. والمقصود هنا التوصل إلى رؤية تكاملية متسقة «للسلوك المسرحي» وتصنيف ما تم فهمه في سياق أكبر. ويستطيع المعالج من خلال هذا الأسلوب تشكيل تصور حول طبيعة العلاقة: هل هي مساعدة بالفعل؟، وهل هل هي علاقة نمطية بالنسبة لطور العلاج تساعد على تغطية المشكلة المركزية للعلاقة (أنظر المقاومة)، أم فيما إذا كانت العلاقة تشجع إعادة تجديد النمط التفاعلي المسبب للمرض في نموذج العلاقة.

3- تحديد مشكلة العلاقة ذات البعد المرضي (تشكيل البؤرة)

تعمل الاتجاهات العلاجية الكبرى على تحديد المشكلة من خلال العمل على تحديد صراع أساسي قاد للعلاج. وتساعد فرضية الصراع هذه على الاختبار التجريبي لفرضيات المنشأ المرضي أي على اختبار الارتباط بين الموقف وشكل التفاعل ونشوء الأعراض. كما يفيد وجود مثل هذا التصور في قيادة فعالة للعملية العلاجية، ويساعد على فهم العلاقة في إطارها العلاجي وليس في إطار علاقة رومانسية غير فاعلة علاجياً.

وتحديد الصراع الأساسي يساعد على بناء البؤرة وتمايزها في الأهداف العلاجية والتشخيصية. واستناداً إلى ذلك سوف نعرض ممارسة هذه العمليات في الفصل الرابع من خلال الأمثلة.

البؤرة[(١)] Focalization

يقصد بالبَؤْرَة (التبئير) بالمعنى الحرفي للكلمة تجمع شعاع ضوئي في نقطة مركزية .... أي في بؤرة.

فعملية تجميع الحقائق الذاتية والموضوعية للمستويات المختلفة من الملاحظة يقود إلى بروز مشكلة ما تكون ذات أهمية تشخيصية أو علاجية. وهذا يعني بعبارة أخرى القيام بعملية تلخيص وإبراز للمعطيات التي تم الحصول عليها. ويتم استخدام كل التقنيات المعروفة من أجل تحديد البؤرة، على نحو استخدام معطيات السيرة الذاتية وملاحظات السلوك والانطباعات لذاتية للمعالج وذلك طبقاً لنوع البؤرة.

ويمكن التمييز بين الأنواع التالية:

1- بؤرة العَرَض.

2- بؤرة الموقف المثير للمرض.

3- البؤرة التي تشكل عائقاً في تفتح المشكلة (بؤرة المقاومة).

4- البؤرة التي تعبر عن العلاقة بين الأعراض ونمط المواجهة (الدفاع) والحوادث الراهنة في علاقة المعالج بالمتعالج (البؤرة الدينامية)، والتي قد ترتبط أحياناً مع حالة من الاستبراق (اللمحة الخاطفة، الاستبراق أو البارقة أو العصف أو الفلاش أو ما يسمى بخبرة (أها) وهي عبارة عن خبرة مفاجئة أو معرفة خاطفة تلمع بسرعة البرق oh-experience[٢]).

---

(١) التبئير. قد لا يكون الاشتقاق صحيحاً كلية بوئر (بوءر) يبوئر على نحو بلور يبلور .

[٢] عبارة عن خبرة فريدة تظهر في مجرى التفكير مشحونة بالمتعة تظهر لدى الاستبصار المفاجئ في سياق يبدو للشخص في البداية لا يمكن الاستبصار به.

أول من صاغ هذا المفهوم عالم النفس الجشطلطي ماكس فيرتهايمر Max Wertheimer

ويقصد بهذا الشعور السار، عندما ينبثق بشكل مفاجئ فهم بعد وقت طويل من التفكير حول مشكلة معينة:

ويمثل هذا الحادث التشخيص المرضي لمشكلة ما لأن مجال البؤرة يتشكل عفوياً يتجلى فيه موقف راهن يعكس أساساً ملموساً للتفاهم بين المعالج والمتعالج. ومن ضمن النماذج الموجودة حول بناء البؤرة والتعامل العلاجي مع البؤرة نرى أن تصورات تومیه وكيشله ولوبورسكي هي الأقرب لهدفنا الخاص.

تشكيل جوهر موضوع العلاقة-الصراع (لوبورسكي ١٩٨٤)

قام لوبورسكي في عام ١٩٨٤ بصياغة أهم الأعراض عند المريض بما في ذلك

السعادة بالتفكير والمتعة بالاستبصار.

ماكس فيرتهايمر Maxwerheimer

ولد ماكس فيرتهايمر في عام ١٨٨٠، في براغ، وبدأ مسيرة دراسته في فرانفكورت على نهر الماين، حيث قدم أطروحته في عام ١٩١٢. وبين عامي ١٩١٠ حتى ١٩١٦ في معهد علم النفس في فرانكفورت، وأجرى هناك تجارب حول إدراك الحركة غيرت مجرى العلم. فقد بدأ علم النفس الجشطلطي في ذلك الوقت في فرانكفورت: ففي عام ١٩١٢ نشر فيرتهايمر مقالته المشهورة حول الحركة الحقيقية والحركة الظاهرية. وهي عبارة عن إدراك الحركة التي تنشأ نتيجة ملاحظة تعاقب سريع لصور فردية ثابتة – مبدأ الأفلام السينمائية. ومن هذه الظاهرة استنتج فيرتهامر أن إدراك الكل (وفي هذه الحالة شكل الحركة) لا بد وأن يكون مختلفاً كلية عن إدراك أجزاءه (الصور منفردة). ومن خلال المبدأ الأساسي لعلم النفس الجشطلطي: "يختلف الكل عن مجموع أجزاءه الفردية"، وضع فيرتهايمر نظرية البنائية Structuralism التي كانت مسيطرة في ذلك الوقت، والسلوكية كذلك موضوع الشك بشكل كبير.

واصل فيرتهايمر دراساته التي بدأ مراحلها الأولى في فرانكفورت في جامعة هومبولدت في برلين، قبل يعين منسقاً في عام ١٩٢٩ لعلم النفس والفلسفة في جامعة فرانكفورت. في عام ١٩٣٣ هاجر للولايات المتحدة الأمريكية وعمل في المدرسة الجديدة للبحث الاجتماعي New School for Social Research في نيويورك. وعلى الرغم من أنه كان نفسه في المنفى فقد دعم فيرتهايمر العديد من زملاءه العلماء الألمان الذين كانوا معرضين للخطر.

وإلى جانب نظرية الجشطلط اهتم فيرتهايمر في إثناء حياته الأكاديمية بمجالات بحث أخرى. بالقانون و الأخلاق، والبيولوجيا العصبية و علم النفس الطبي و الفن والتربية و الآنثروبولوجيا. توفي ماكس فيرتهايمر في ١٢ تشرين الأول (أكتوبر) عام ١٩٤٣ في نيو روشيل، في نيويورك. New Rochelle, N.Y

ومنذ عام ١٩٩٤ يقيم معهد علم النفس في فرانكفورت "محاضرات-ماكس فيرتهايمر" العالمية، والتي تطمح طبقاً لاتجاهها التخصصي إلى ربط المظاهر الاستعرافية و الفيزيوعصبية للتصورات النفسية مع بعضها.

سوابقها وسياقها البين شخصي. فالسياق البين شخصي يتفتح من خلال ما يذكره المريض حول العلاقات المهمة وبشكل خاص من خلال طبيعة العلاقة العلاجية. والكاشف المهم لوجود موضوع رئيسي هو أهميته. فهو يظهر دائماً بشكل من الأشكال في حديث المتعالج ويعبر عن نفسه شكلياً من خلال نفس الشكل المتكرر باستمرار لنموذج علاقة في التعامل مع أشخاص في الوقت الراهن وأشخاص من الحياة الطفولية الباكرة.

ويقترح لوبورسكي اللوغاريتم التالي لبناء موضوع علاقة:

1- تحديد حدث علاقة، أي سلسلة تفاعل يتم الحديث فيها عن تفاعل مع شخص ما (بما في ذلك المعالج).

2- اختصار المشكلة المفهومة إلى جملة ذات مركبين رئيسيين، أي أهداف المتعالج (مثل: «أريد شيئاً من ....(شخص ما)»، ونتائج المحاولة من أجل تحقيق رغبة. هنا يمكن أن يتعلق الأمر:

- بنتيجة داخلية (مثل «ولكني أخاف....») أو
- بنتيجة خارجية (مثل «إلا أنني أرفض..... »).

ومن ثم فإن هذه الجملة تحتوي على:

- إدراك رغبة.
- و إدراك موقف خطر يتضمن الاستسلام المتوقع وعدم الثقة والخوف.

بناء ثلاثية زمنية لموضوع العلاقة: حالياً في العلاج وحالياً خارج العلاج وسابقاً (لوبورسكي، ١٩٧٨).

نظراً لوجود درجة عالية من التشابك بين بنى الدوافع اللاشعورية فإنه من الصعب إجراء تشخيص على مستوى البؤرة مستقل عن العلاقة المتبادلة مع العملية التفاعلية في

العلاج نفسه:

فبناء البؤرة، من جهة، لا يتم بمساعدة تعاطف المعالج فحسب وإنما عليه بصورة شعورية إلى حد ما استخدام انطباعاته حول الطبيعة الراهنة للعلاقة في العملية التشخيصية، ومن جهة أخرى تظهر إشكالية علاقة ما تميز اضطراباً عيادياً ما بطريقة ما في العلاقة، حيث تتجلى درجة أهمية هذه الإشكالية بمقدار تمايزها وطبيعة متطلباتها.

ومن هذه الناحية تتطلب الصورة التقريبية للبؤرة العلاجية إقامة علاقة أو ارتباط بين العلاقات الراهنة الخارج علاجية والداخل علاجية. وهذه الارتباطات يمكن ملاحظتها في العادة عندما يستمر تمايز علاقة التعاون الأولية (أنظر الفصل الرابع والخامس)، ومن ثم ينصب السابق في مجالات معينة من البؤرة:

ومن اتصالات العلاج السابقة يمكن متابعة تطور مشكلة العلاقة في العلاج مع مراعاة شروط (المتطلبات) الموقفية المعنية في المقطع الطولي- وهنا ينبغي النظر لشكل العلاقة والعرض (القلق، تبدل العرض) بشكل مركب باستمرار (أنظر الفصل الرابع الفقرة ٥.٢)- من خلال تقارير المتعالجين حول العلاقات الباكرة والباكرة جداً وتطورهم التاريخ حياتي والعلاقة الزمنية بين نشوء المرض والموقف الحياتي (طريقة- السياق-العرض، سيرة الحياة...الخ). ويعد تناول مظهر المجرى، أي الارتباط الزمني بين شكل العلاقة والعرض هو أساس جوهري لبناء الفرضية التشخيصية في كل أطوار العملية.

4- التشخيص المرافق للعملية

1.4- مشكلات أساسية في تصوير الواقع العملياتي

كان فرويد قد قام بوصف صعوبات إدراك التصرف العلاجي النفسي من خلال الطرق المألوفة في الطب في عام ١٨٩٥ وذلك في «دراسات في الهستيريا»: «لم أكن مؤهلاً في العلاج النفسي، بل أن تأهيلي كان على التشخيص الموضعي والكهربائي مثل أي

متخصص آخر في الأعصاب. إن قراءة سير الأمراض التي أكتبها كقصص وافتقادها للصياغة الجدية العلمية إن صح التعبير ما زال يؤثر بي تأثيراً كبيراً. وعزائي هو في طبيعة الموضوع. فطبيعة الموضوع على ما يبدو هي المسؤولة عن هذه النتيجة وليس تفضيلي. إن التشخيص الموضعي والاستجابات الكهربائية لا تصح في دراسة الهستيريا، إلا أن العرض المطول للحوادث النفسية كما اعتدنا عليه من الأدباء يسمح لي مع استخدام بعض الصيغ النفسية القليلة الحصول على نوع من الرؤية في مجرى الهستيريا» (فرويد الأعمال الكاملة، دراسات في الهستيريا، ص. ٢٢٧).

واليوم وبعد قرن ونيف ما زال الوصف والمشاهد –المزودة ببعض المصطلحات التخصصية– التي تدور بين شخصين أو عدة أشخاص طريقاً مألوفاً للتواصل التخصصي.

ولهذا الأمر علاقة بموضوع العلاج النفسي كذلك الذي يتمنع عن كل اقتراب طرائقي غير ملائم. فكل الجهود للدخول إلى حدث اجتماعي ما بطرق لا تستطيع بالأصل قياس هذا الحدث بالتحديد ظلت دون جدوى وغير ملائمة. مثل ذلك محاولة جعل سمات المرضى دون مراعاة سياق المتطلبات أو حتى محاولة مساواة متغيرات مستوى عضوي معزول (مثل ضغط الدم ونبض القلب) مع العملية.

والخلاف المثمر بين التشريعيين والتصويريين أو التفسيريين والذي يقوم في جوهره على فهم علمي جامد غير جدلي قد تراجع في هذه الأثناء إلى مسألة تحقيق المطلب العلمي من خلال اشتقاق قاعدة متوافقة مع الموضوع ودون ثغرات للإجراء ككل ومن خلال قابلية الدراسات المجراة للتكرار.

وقد تم إكمال معايير الصدق والموضوعية والموثوقية التقليدية التي يتم من خلالها تعيير طرق البناء أو القياس بمقاييس أخرى في ضوء مناسبة الموضوع للمناهج. وتمت إضافة معايير أخرى أبعد من المعايير التقليدية الأخرى إلى معيار القابلية للموضعة

(أي ضرورة جعل مجرى الدراسة أو العملية قابلاً للإعادة من تلقاء نفسه).

وتعني الأهمية الذاتية قيمة المقطع الموصوف بالنسبة للمريض أو للعرض. ويفترض للشيء المدرك على أنه مهم أن يكون مفهوماً من المتعالج ومن الملاحظ الخارجي، أي ينبغي له أن يكون قابلاً لأن يجعل موضوعياً، بكلمات أخرى عليه أن يبدو مهماً بالنسبة لكل المشاركين في الموقف. كما يوجد معيار آخر يتعلق بالطبيعة المركبة للحدث الموصوف. وهنا يتم التأكيد على إبراز مواضيع ذات أهمية من الناحية العيادية.

ومن وجهة نظر الأهمية فإن للوسائل التالية أهمية كبيرة:

1- الملاحظة الذاتية.
2- تقدير الذات من النوع الاستعادي (الماضي).
3- تقدير الذات المترافق مع المجرى(الحاضر)
4- التقارير حول المزاج والمشاعر.
5- الملاحظات المسجلة يومياً (مذكرات).
6- معطيات أو بيانات تاريخ الحياة (بيانات المقابلة).
7- التوقعات والمخططات المستقبلية...الخ.

تزداد هذه الأهمية من خلال التصميم المسبق للموقف، أي بناء إطار موقفي وإطار متطلبات منطقيين، يحققان ويميزان مظهر الارتباط بالسياق بالنسبة لكل إجراء. فكل عملية تقدير للذات تتم ضمن إطار موقفي. ومن ثم يفترض أن يكون هذا التقدير صالحاً في إطار هذا الموقف بالتحديد. وبناء على ذلك يتم بهذه الصورة تقييد ميول التعميم غير المناسبة. وهنا نقترب من إمكانية الموضوعية. فكلما كان سياق التصرف الموقفي أكثر وضوحاً، أمكن تحديد إجراء التصوير أكثر ومن ثم أمكن جعله موضوعياً. وبغض النظر عن هذا ينبغي استخدام معايير الصدق التقليدية في كل إجراء وحيث تسمح المعطيات بذلك في تطوير الطرائق.

2.4- هرم مستويات الملاحظة

يؤكد التفسير المقترح لمستويات التصوير على المظهر البنيوي للتفاعل العلاجي بصفته مستوى متسق من الرؤية. وتتيح المتغيرة الرئيسة المستخدمة في العلاج التفاعلي الديناميكي، أي علاقة التعاون العلاجية، اتساق المعالج والمتعالج ومتغيرات الموقف على مستوى يسمح بفهم العملية ككل. ويقصد بهذا أن مظاهر العملية النوعية كأشكال معينة من التعلم أو حل المشكلة أو ارتباط حوادث نفسية جسدية واجتماعية تتطلب بوءَرة مطابقة للمستويات الأدنى من العملية.

واستناداً إلى هذا الأسلوب في فهم العملية فإنه لم يعد ينظر اليوم لعوامل التأثير العلاجية، أي لطرق وتقنيات التعديل، استناداً لخصوصيتها المدرسية، وإنما ينظر إليها استناداً للوظيفة التي تكتسبها في أوقات مختلفة أو في أطوار مختلفة من العملية. ومن ثم تكتسب التقنيات المختلفة أهمية مختلفة بالنسبة للعملية ، الأمر الذي يجعل من أهميتها النظرية التي حددها مؤسسوها نسبية جداً. (أنظر كذلك الفصل الرابع حول العلاقة بين التدخل والتأثير).

إن الموضوع العملياتي الأساسي من أجل إحداث تعديل ما هو طبيعة علاقة المتعالج بالمعالج. فهذه العلاقة هي التي تحدد استخدام التقنيات وطريقة تأثيرها.

واستناداً لفهمنا للعملية العلاجية النفسية فإنه يمكننا بناء التنظيم الهرمي التالي لمستويات الملاحظة المهمة بالنسبة للعملية.

ومما لا شك فيه ينبغي النظر لمستويات الإطار التكاملي، فوق الفردية، ضمن طبيعة علاقة التعاون العلاجي، أي هل هي مساعدة، وكيف تحمي «موقع الفرد» المريض؟.

أما الأجزاء الأساسية المحددة لنوعية هذه العلاقة فتتشكل من:

1- المعايير الشكلية للتفاعل التي تبين نصيب المتفاعلين منفردين في ضبط هذه العلاقة (من يقود من؟ هل العلاقة الفعلية ذات طبيعة متناسقة ومتكافئة أكثر أم أنها ذات طبيعة غير متناسقة ومتسقة؟). وتتيح هذه المعايير تقدير طبيعة المساعدة وموقع الشخص في عملية تقديم المساعدة.

2- المعايير التي تسمه بالاستنتاجات من خصائص أخرى في تنظيم العلاقة من خلال المتفاعلين. مثال ذلك تمتلك التلميحات حول البعد والقرب العاطفي- الاجتماعي للشريك أو المساهمات المعنية في التفاعل أهمية.

3- المعايير التي تسمح باستخلاص استنتاجات من مواضيع التعاون المضمونية. ويتعلق الأمر هنا بجعل البؤرة الرئيسية موضوعية وبعلاقة البؤرة بطبيعة التفاعل. مثال إلى أي مدى يمكن إثارة المشكلة التفاعلية المثارة في العلاقة العلاجية ذات الأهمية بالنسبة للمريض من الناحية المرضية وأن تتحول إلى موضوع.

أما مستويات الملاحظة الفردية المتضمنة لذلك فتضم:

1- المظاهر النفسية المختلفة لقدرة التصرف الفردية (متغيرات الدوافع وضبط الذات والمحيط ومتغيرات القدرات وتقنيات السلوك وأشياء أخرى كثيرة).

2- المظهر الجسدي للتنظيم العضوي (على نحو مقاييس الوظيفة النفسية الفيزيولوجية والنفسية الهرمونية والنفسية المناعية وأشياء أخرى).

3.4- بعض أدوات التشخيص المرافقة للعملية

فيما يلي عرض لبعض أدوات التشخيص المختبرة تجريبياً التي نستخدمها وتطبيقها العملي.

1.3.4- مقياس تقدير لتحديد دوافع العلاج

(1) دوافع العلاج بوصفها متغيرة من المتغيرات الاتساقية للعملية

في التصورات التقليدية لمعالجة العصابات واجه موضوع تشكيل دافع خاص للعلاج النفسي بوصفه مشكلة ذات أهمية علاجية الكثير من التردد. فالأشخاص الذين لا يمتلكون دوافع للعلاج لا يمكن علاجهم. ولكن وفي الوقت نفسه ومع توسع العلاج النفسي ليشمل مجموعات مرضية أخرى كالاضطرابات النرجسية للأنا والدهانات والمرضى بأمراض جسدية نفسية وآخرين فقد تم استخدام المستويات المختلفة للدوافع في العلاج بصورة واضحة في علاج التكتم Alexithymia [الأمية الانفعالية] ونماذج النرجسية والشخصية الحدودية من قبل كوهتس وكيرنبيرغ وفي دراسة الدوافع في التأثير بالأزمات ومن قبل بالينت في «خمس دقائق علاج لطبيب المنزل»... الخ.

(2) أطوار دوافع العلاج

1- الدوافع العامة للعلاج ...«أحتاج إلى مساعدة».

2- دوافع العلاج النفسي....«أحتاج إلى مساعدة علاجية نفسية خاصة ».

3- دوافع حول إدراك الارتباط المرضي المنشأ ...« أنا مستعد لإدراك العلاقة بين العرض والموقف...».

4- دوافع التأثير الفاعل على الذات.

5- دوافع متعلقة بالإمكانات المتحققة...«أرى إمكانية التأثير الذاتي الفاعل وأشعر بقدرتي على التأثير وأريد أن أسعى إلى بقاء التغيرات الإيجابية حتى ضمن الظروف الصعبة».

كما يمكن في الوقت نفسه النظر لهذه الأطوار باعتبارها مراحل العملية، ذلك أن كل متغيرة من المتغيرات الأساسية للعملية ترتبط في مظهر دوافع العلاج ببؤرة معينة: موقف المتعالج من العلاج، شكل علاقة المتعالج بالمعالج وكذلك علاقة المجموعة

بالمتعالج ونموذج المقاومة/ الدفاع، وديناميكية محددات العلاج الفردي وأشياء أخرى كثيرة.

جدول (١): مقياس تحديد دوافع العلاج

التعليمات: الرجاء وضع إشارة (×) على المستوى الذي ينطبق عليك في اللحظة الراهنة

المستوى الأول: صحتي ليست جيدة، إنني مريض وأشعر بالعجز، أحتاج مساعدة شخص ما، بأية طريقة، يعطيني دواء أو يتخذ أية إجراءات طبية أخرى.	**أمثلة توضيحية** - لا أعتقد أن آلامي ستختفي من تلقاء نفسها. - حالتي يمكن أن تتحسن من خلال العلاج الطبي. - أنا مستعد لأي نوع من العلاج إذا ساعدني أحدهم.
المستوى الثاني: أدرك أن طبيعة آلامي نفسية على الأغلب، ومن ثم فأنا أحتاج إلى علاج نفسي فقط، أو علاج طبي مع علاج نفسي.	- بما أن سبب آلامي يرجع لجذور نفسية فأنا أحتاج إلى علاج نفسي لهذه الجذور. - أحتاج إلى علاج يمكنني من تغيير تصوراتي ورؤيتي السائدة حتى الآن. - أحتاج إلى علاج نفسي- كي أستطيع التعامل مع الحياة بصورة أفضل من جديد.
المستوى الثالث: أشعر بالعلاقة بين الأعراض وموقف معين أكون موجوداً فيه. أو أشعر بوجود علاقة بين سلوك ما أقوم به وحدوث أعراض معينة.	- أصبحت الأعراض بالنسبة لي مؤشراً على سلوكي الخطأ. - غالباً ما أعرف ما الذي تعنيه أعراضي. - أعرف الآن أنني أفعل شيئاً ما خطأً عندما تظهر الأعراض.

المستوىٰ الرابع: أرىٰ وجود إمكانية التدخل الفاعل من أجل التخلص من معاناتي.	- أشعر أني أستطيع تغيير نفسي ومن خلال هذا التغيير أستطيع السيطرة علىٰ أعراضي. - أدرك كيف أستطيع التأثير علىٰ إحساسي. - أنا لا أقف عاجزاً أمام آلامي بل أستطيع التأثير عليها بفاعلية.
المستوىٰ الخامس: أستطيع الآن التحكم بأعراضي وأريد أن أسعىٰ إلىٰ أن تظل هذه التغيرات قائمة حتىٰ ضمن الظروف الصعبة.	- أشعر بالصحة من خلال العلاج وعلي أن أسعىٰ إلىٰ الإبقاء علىٰ هذه التغيرات. - أعرف أنه سوف يكلفني الاحتفاظ بالتغيرات المحققة جهداً كبيراً

2.3.4- تحديد التركيبة التفاعلية

يقوم العلاج النفسي بتحقيق تلاؤم أفضل بين المنظومة المرجعية للمريض والأطر المرجعية القائمة موضوعياً. ويشكل المعالج كجزء من المنظومة المرجعية الاجتماعية للمريض ركناً أساسياً في هذه العملية، يمارس وظيفة داعمة ومشجعة من خلال تركيزه بشكل تكاملي علىٰ حاجات المريض أو من خلال سعيه لأن تنسجم ظروف المحيط مع الحاجات الفردية للمريض. ومن خلال هذه الوظيفة يمتلك المعالج وظيفة المنظم للتوتر في هذه المنظومة حيث يمتلك ومن خلال البناء الشعوري للعلاقة إمكانية تخفيف التناقضات البين فردية والبين شخصية أو حتىٰ تأزمها أو تغطيتها أو جعلها أكثر شعورية. ويعكس التقدم العلاجي الفردي من خلال هذا المظهر درجة أعلىٰ من التمايز في بناء العلاقة الاجتماعية.

ونتيجة لذلك يتضمن نموذج العملية التكاملية بالدرجة الأولىٰ تصورات حول الطور الذي تتشكل من خلاله العلاقة الاتساقية المساعدة وتسلسل التطور باتجاه علاقة متكافئة، وحول الأطوار المستقرة وغير المستقرة وحول المعوقات التي ينبغي التغلب

عليها بشكل منهجي.

ومن هنا فإن العناصر الأساسية المكونة لكل علاج نفسي على مستوى الاتساق المختار هنا تتألف من:

1- الطابع الديناميكي للعلاقة العلاجية.

2- ديناميكية تعديل هذه العلاقة (التحرك بين علاقة متسقة ومتكافئة).

بنية الكفاءةالتكافؤ

من أجل تحديد البنية الاتساقية لعلاقة المتعالج-المعالج يتم استخدام مقياس سداسي التدرج لقياس الكفاءة (الثبات والقدرة على التوكيد) ولقياس التكافؤ (الجذب الاجتماعي الانفعالي).

(1) قياس أو تحديد الكفاءة

ويتم من خلال استخدام المتدرج:

واثق بالنفس	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	غير واثق
خاضع	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	مسيطر
مستقل	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	غير مستقل
مستسلم	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	غير مستسلم (توكيدي)
حازم	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	متردد
منقاد	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	مقرر (يعرف ما يريد)

كما يتم تقدير التكافؤ من خلال المتدرج:

مراع (مبالي)	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	غير مراع (لايبالي)
لئيم	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	طيب القلب
مستقيم	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	غير مستقيم
ثقيل الظل	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	لطيف (ودود)
متفهم	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	غير متفهم
منفر	٣	٢	١	٠	١	٢	٣	جذاب

ويبدي المتعالج رأيه بعد كل جلسة علاجية في المسائل المتعلقة بالموقف الراهن، حيث يقدر على المتدرج المسائل التالية:

1- كيف أرى نفسي (كفئاً، متكافئاً[1])؟ (مفهوم الذات).

2- كيف أرغب أن أكون؟ (تصور الرغبة).

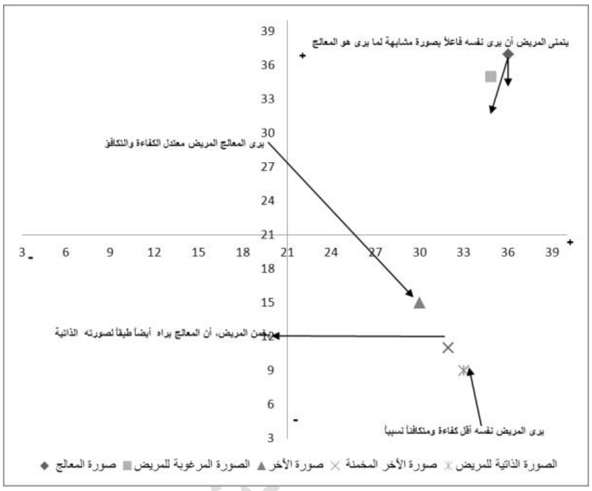
---

١ التكافؤ في علم النفس، يعني تكافؤ مواضيع الإدراك. ويعني القدرة النسبية على التوحد أو الاستجابة أو التفاعل. وهو التماثل أو التطابق بين الحدث وانعكاسه. ((يرى ليفين أن "الحيز الحيوي" مؤلف من دوافع الفرد وقدراته وعناصر البيئة التي تقع ضمن ساحته الإدراكية ويمكن التعامل معها في لحظة ما. وأن حدوده تنتهي عند العناصر المادية الأخرى التي ليست بمتناول إدراك الفرد وتصوراته خلال تلك اللحظة. فالأشياء تكتسب قيمتها بالنسبة للفرد بقدر ما تشكل موضوعات لدوافعه. وهي تقع ضمن مجال إدراكاته واهتماماته مادامت هدفاً لأفعاله وسبباً لتوتره. ولكنها قد تتراجع إلى ما وراء حدود "الحيز الحيوي" في وقت لاحق بعد أن يشبع الدافع ويزول التوتر. وبفضل التمثيل البياني أيضاً تمكن ليفين من تقسيم "الحيز الحيوي" إلى مناطق، وتحديد الهدف فيها، وتصوير العوائق والحواجز التي تفصل الفرد عن الهدف. وصار يفسر السلوك في لحظة معينة بإعادة رسم "الحيز الحيوي" وتمثيل القوى السيكولوجية الفاعلة أثناءها. ويرى ليفين أن ما يتغير لدى إعادة الرسم ليس "الحيز" وإنما القوى السيكولوجية في داخله. ولذا ينبغي أن تعالج التحولات التي تطرأ على الدافعية ويحس بها الفرد على أساس دينامية الكل. حيث أن الفرد يفعل(يؤثر) في بيئة محددة تشمل مناطق ذات قوة جاذبة وأخرى نابذة. وهذا ما عبر عنه ليفين بمفهوم "التكافؤ Valence". والتكافؤات، عنده، إما أن تكون موجبة(+) أو تكون سالبة(–). وتعتبر منطقة التكافؤ مركز مجال القدرة. فعندما يكون التكافؤ موجباً تتجه جميع القوى السيكولوجية نحو تلك المنطقة. وعندما يكون سالباً فإن هذه القوى تنزع إلى الاتجاه المعاكس)) علم النفس في القرن العشرين، بدر الدين عامود (٢٠٠١) ج١، ٣١٣.

3- كيف أرغب أن يراني المعالج؟(التصور المخمن من الآخر.

4- كيف أرىٰ أنا المعالج؟ (تصور المعالج).

وبعد كل جلسة معالجة يتم تفريغ النتائج في شكل تخطيطي علىٰ شكل محورين متعامدين. أنظر الشكل (١).



شكل (١): عرض تخطيطي لتوافق الكفاءة (الفعالية) والتكافؤ بعد كل جلسة.

تحديد التباعد الواقعي والمرغوب المحسوسين بين المتعالج والمعالج

يتيح لنا بعد Dimension التقارب- التباعد استخلاص استنتاجات أساسية حول طبيعة العلاقة ويعطي دلالة حاسمة علىٰ درجة اتساق المنظومة الاجتماعية وبشكل خاص في الفترة الأولىٰ والأخيرة من العلاج.

وتهدف إدارة التحديد إلىٰ تحديد تمايز دلالي مرتبط بمتصل مقسم إلىٰ عشر وحدات . ويقوم المعالج والمتعالج بتحديد البعد الداخلي المعاش فعلاً والمرغوب عن شريك الاتصال علىٰ هذا المقياس (أنظر الشكل ٢).

مقياس تقدير التباعد – التقارب الانفعاليين	
قدر المسافة المعاشة بين ذاتك وبين المعالج بمساعدة المقياس التالي: 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1	
المسافة الحقيقة اليوم، هذه الجلسة	المسافة المرغوبة فعلاً

شكل (2): مقياس تقدير التباعد

قياس القلق الجسدي والنفسي الموقفي

يتيح لنا تسجيل القلق الموقفي والفروقات الناتجة عن ذلك بين المتعالج والمعالج استخلاص استنتاجات مهمة لدرجة التشابك الاجتماعي social involvements وللاستجابة الفردية على تبدلات العلاقة العلاجية. ومن أجل قياس الحالة الانفعالية في العملية العلاجية يتم استخدام مقياس أبعاد القلق الجسدي والنفسي على اعتبار أن هذا المقياس أكثر الأدوات حساسية من الناحية الموقفية، حيث يقوم كل من المعالج والمتعالج بتقييم نفسيهما من خلال ١٦ قطب.

أولا: بالنسبة للقلق الجسدي:

متوتر	١	٢	٣	٤	٥	٦	مسترخ
رخو (مرن)	١	٢	٣	٤	٥	٦	متصلب
جامد	١	٢	٣	٤	٥	٦	منشرح
مرتعش (متململ)	١	٢	٣	٤	٥	٦	غير مرتعش
مرتخ	١	٢	٣	٤	٥	٦	متشنج
طري\معتدل	١	٢	٣	٤	٥	٦	منتفض

متنبه (أعصاب مشدودة)	١	٢	٣	٤	٥	٦	مليح، خفيف الظل
منفجر	١	٢	٣	٤	٥	٦	مريح

ثانيا: بالنسبة للقلق النفسي:

غير واثق	١	٢	٣	٤	٥	٦	واثق
مألوف (ودود)	١	٢	٣	٤	٥	٦	مقبض، رهيب، غير مألوف
مستسلم	١	٢	٣	٤	٥	٦	غير مستسلم (محمي)
محمول همه	١	٢	٣	٤	٥	٦	غير مدعوم (متروك، متخلى عنه)
عاجز	١	٢	٣	٤	٥	٦	مسيطر
منظم	١	٢	٣	٤	٥	٦	فوضوي
يؤبه به	١	٢	٣	٤	٥	٦	غير مبال به
محبوب	١	٢	٣	٤	٥	٦	غير محبوب
ويتم إعطاء التعليمات التالية: يرجى تقدير حالة مشاعرك الراهنة على هذه القائمة. ضع إشارة (×) على الرقم الذي ينطبق على حالتك، حيث تعني الأرقام: (1): جداً، (2) نوعاً ما، (3) قليل، (4) قليل، (٥) قليل نوعاً ما، (5) جداً.							

4.4- قياس إجراءات التقييم

بما أن الأمر يتعلق بتطوير الإجراءات القابلة للاستخدام الروتيني فإن معايير القابلية للاستخدام العملي واقتصاد الوقت تلعب دوراً كبيراً. ومن هنا فإنه يمكن اعتبار المقياس اقتصادياً ولا يحتاج لوقت طويل من أجل تحويل القيم إلى شكل تخطيطي. ويتضمن المقياس المرافق للعملية على شكل مصمم ليتمكن المعالج من خلاله بإجراء عرض تخطيطي لنتائج القياس التي تم الحصول عليها في جلسات

ثلاث. وتتيح هذه التخطيطات إلقاء نظرة سريعة حول العملية (أنظر شكل 3).

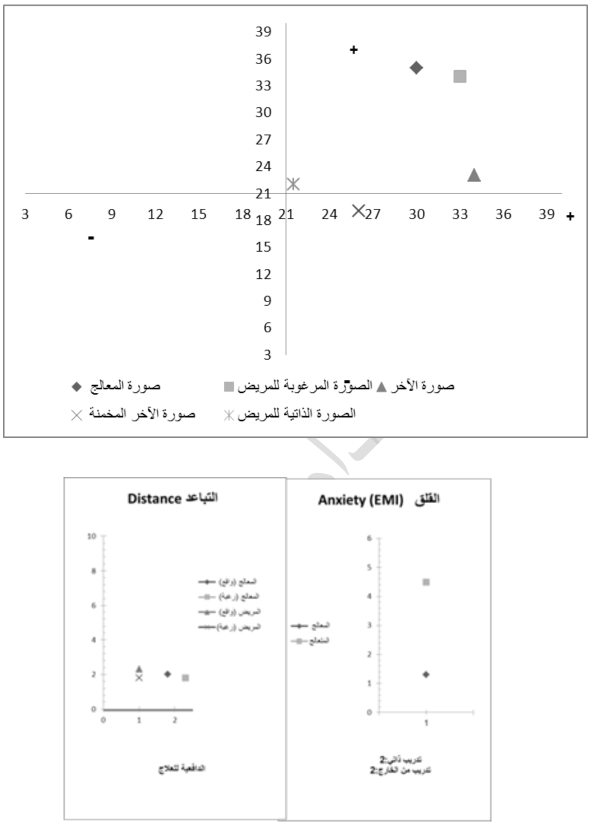
وصف عام لطرائق العملية التشخيصية

سنعتمد في الوصف التالي للمتغيرات وعلاقتها ببعضها على دراسات عدة تم فيها تحليل مجرى العلاج لسبعين مريض تقريباً تم علاجهم بالطريقة المعروضة هنا وبالعلاج النفسي المتمركز حول المتعالج (العلاج النفسي بالمحادثة). وكانت النتائج على النحو التالي:

تبدي المتغيرات أطواراً كبيرة من الاستقرار وعدم الاستقرار بشكل متناوب، مع العلم أن هذه التبدلات ترتبط مع إعادة بناء العلاقة العلاجية بشكل واقعي. ويبدو أن كمية محدودة من مثل هذا النوع من إعادة البناء ترتبط بنجاح المعالجة (حوالي ٢٥٪ من العدد الكلي).

أما متغيرات المقياس فتتوافق مع بعضها بصورة ضئيلة إلى حد ما إلا أن هذا التوافق يعد توافقاً مميزاً. ويصح هذا بشكل خاص على العلاقات الثابتة إلى حد ما بين سمتين حتى الثلاث سمات لمقياس ما، على نحو العلاقة الثابتة بين مفهوم الذات الواقعي والمرغوب استناداً إلى البعد الانفعالي أو الكفاءة/ التكافؤ أو الارتباط المرتفع جداً بين قيم القلق والمتعالج والمعالج هذا من جهة ومن جهة أخرى ينتج نموذجاً مميزاً جداً من خلال متغيرات الكفاءة/ التكافؤ الخمسة.

المعالج: الدكتور (س)	المريض: (فادي غ.)
التاريخ: ٣/ ١/ ٢٠٠٨ الساعة: ١١,٠٠	الجلسة رقم (٩)
حقل استقطاب الفعالية (الكفاءة)-التكافؤ	



شكل (3): مقياس مرافق للعملية لتوثيق النتائج بطريقة تخطيطية للنتائج التشخيصية المرافقة

(نموذج قياس واحد)

وقد أسفر تحليل تصنيفي يهدف إلى الحصول على توافق نموذجي على شكل تركيبات نمطية مركبة داخل المخطط الكفاءة/ التكافؤ عن النتائج التالية:

في الواقع لا يتم استنفاذ الإمكانات الرياضية كلها لبناء اثنتا وخمسون مركباً مختلفاً. فتسع حالات فقط من بين اثنتين وخمسين حالة توضح ٨٠٪ من جلسات العلاج، في

حين أن ثماني عشرة إمكانية لا تظهر على الإطلاق. وتؤكد هذه النتيجة الاعتقاد أنه على ما يبدو أن مركبات قليلة من السمات تقيس وجوهاً أساسية من العملية.

حول ممارسة ضبط العملية

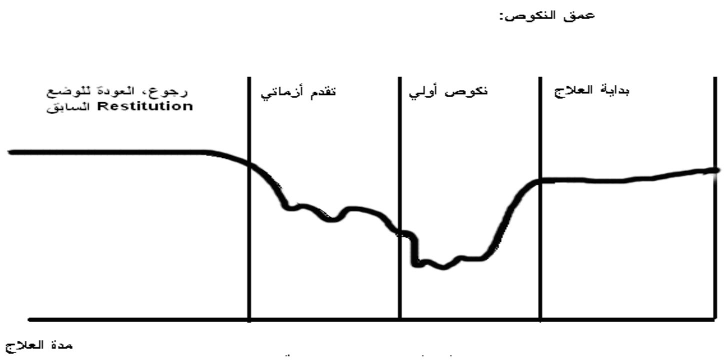
(إمكانات التغذية الراجعة لتشكيلات علاجية نمطية)

تؤكد النتائج المعروضة حتى الآن أن الأدوات المعروضة تقدم من الناحية الطرائقية أطراً أساسية لعملية العلاج. وسنحاول فيما يلي من خلال الأمثلة جعل علاقة التوافق النمطي مع الواقع العيادي لعلاقة المعالج-المتعالج أكثر اقتراباً من الواقع. وحسب العرض السابق فإن تشكيلة المتغيرات أساسية ونموذجية. فهذه التركيبة تقدم لنا معلومات حول:

1- الطبيعة المركبة (أبعاد النكوص- النمو).
2- ديناميكية التعديل (أبعاد الاستقرار –عدم الاستقرار)
3- مظاهر نوعية أخرى للعلاقة العلاجية.

تشكيل التكاملية

يمكن النظر لاعتماد المتعالج المستمر والواضح بدرجات مختلفة، تبعاً لنوع وشدة الاضطراب على المساعدة العلاجية وتعلقيته وميله لاتخاذ موقع نكوصي تجاه المعالج على أنها مظاهر أساسية من خصائص العملية. (أنظر شكل ٤).



شكل (4) : النكوص والتقدم في العملية العلاجية

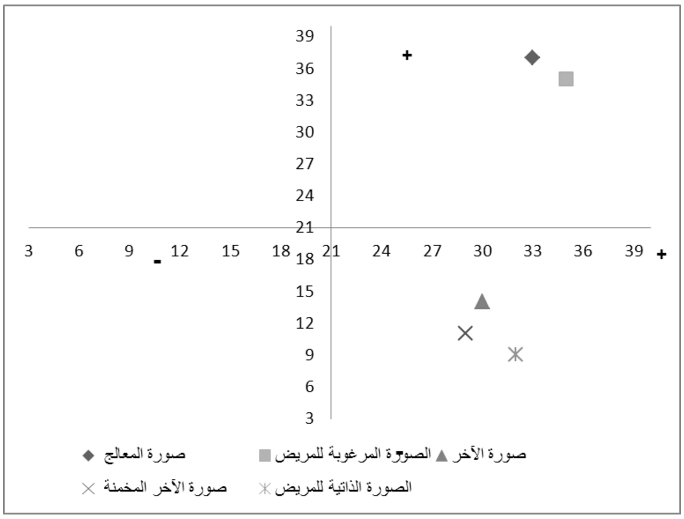
ويتم الاستنتاج الشكلي لهذا المظهر من خلال عرض الفروق بين مفهوم الذات (والصورة المخمنة أيضاً) والصورة المرغوبة/ صورة المعالج في مقطع عرضي (الشكل ٥ و ٦).

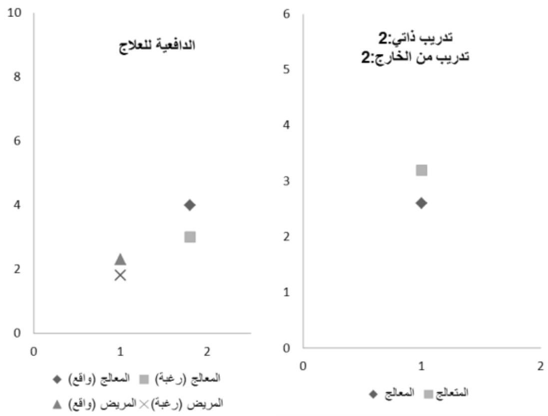
تشكيلة الاستقرار وعدم الاستقرار

يتم في إطار مرجعنا الطرائقي تحقيق تعديل لشكل علاقة ما من خلال ما يسمى بصور عدم الاتساق disintegration. وفي الحالات النموذجية تتجلى إعادة تصميم المنظومات المرجعية الذاتية للمتعالج والمعالج من خلال التنافر الذي يظهر فجأة لصور الذات والآخر، الأمر يقود إلى ظهور تشكيلات مركبة من عدم الاتساق. ويمكن اعتبار كفاءة تعديل تشكيلة ما constellation بأنها الميل إلى حل المركبات.

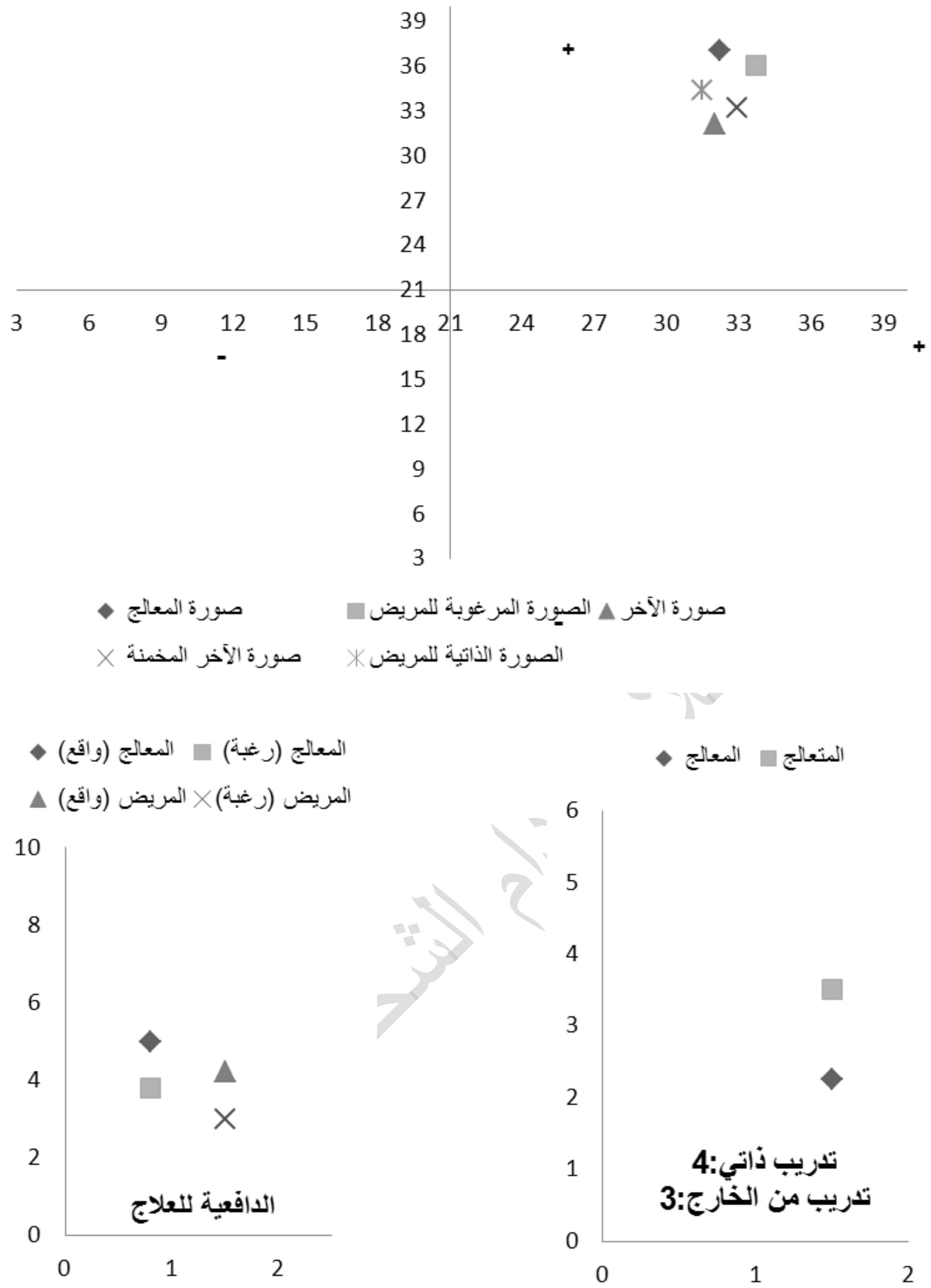
مثال I : طور ثابت ومستمر لجلسات عدة من النكوص العلاجي، (أنظر الشكل٥).

مثال II: نموذج عدم الاتساق كبداية لحركة تصاعدية للعملية على سبيل المثال (الشكل ٧).

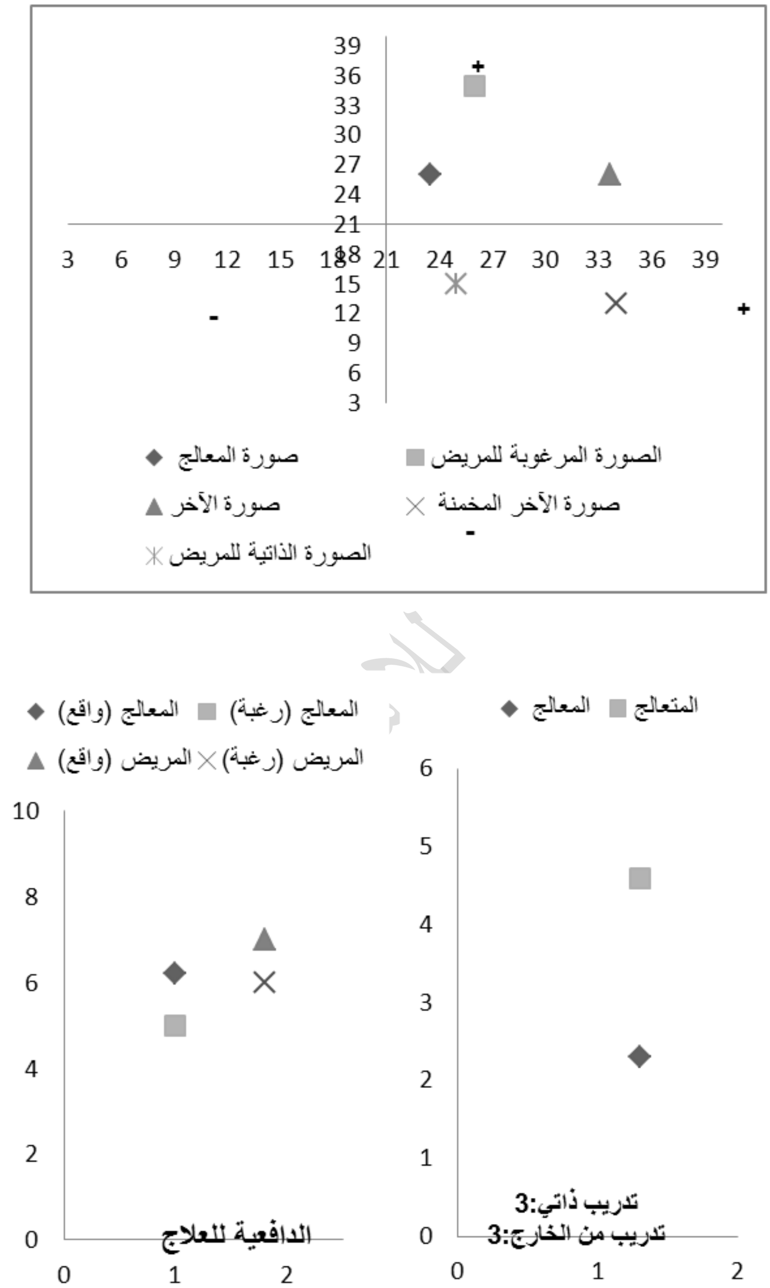




شكل (٥): الفروقات بين صورة الذات-الصورة المرغوبة/صورة المعالج بشكل غالب في بعد الفعالية كتعبير عن وضعية نكوصية واضحة للمريض



شكل (6): تشابه مفهوم الذات – مفهوم الرغبة/ صورة المعالج كتعبير عن شكل أكثر اتساقاً من العلاقة



شكل (7): نموذج عدم الاتساق: حل المركبات الثابتة سابقاً مثلما هو الأمر في الشكل 5.

وعند التوتر المتساوي لمثل هذا النوع من أطوار عدم الاتساق فإن التطورات الملائمة تتميز عن التطورات الأقل ملائمة من خلال وجود فروق قليلة الدلالة بين مركب الذات (مفهوم الذات، الصورة المخمنة، صورة الآخر) ومركب صورة الرغبة (صورة الرغبة، صورة المعالج) في النصف الثاني من فترة العلاج. ويعني هذا الأمر من الناحية العملية اقتراب موقع ثابت لتقدير الذات وعزلة قليلة للمعالج.

تحديد بعض المواقف العلاجية النموذجية المشكلة

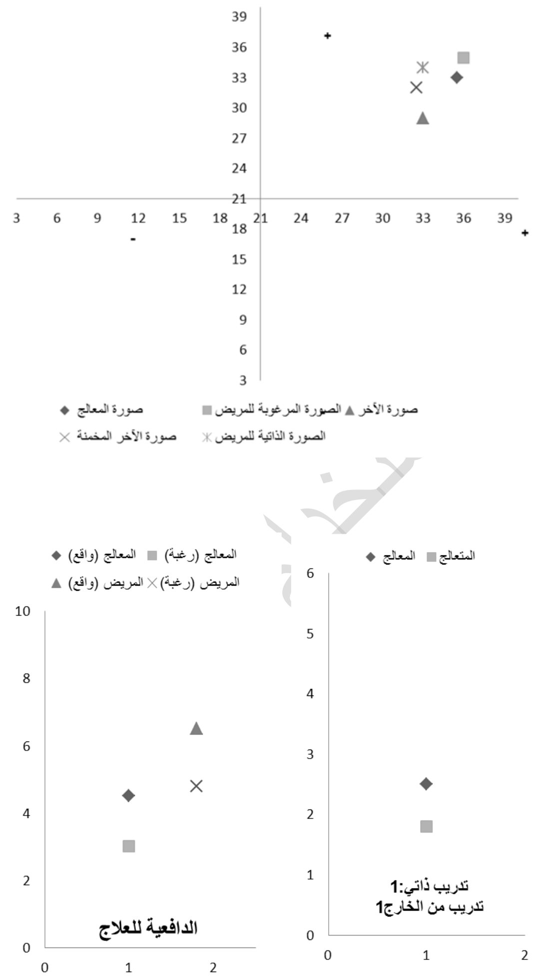
سنقوم فيما يلي من الحديث بعرض تمثيلي لتشكيلات متفرقة من أطوار مختلفة من العلاج.

الطور الأولي:

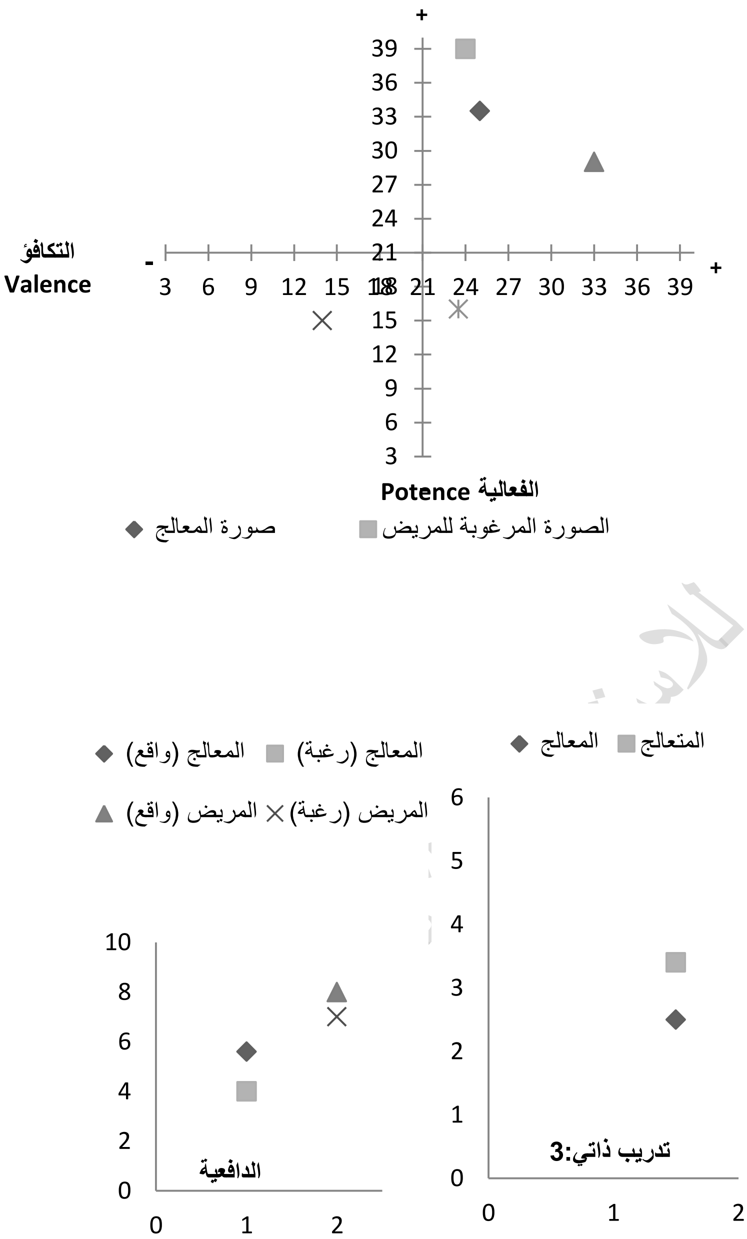
يغلب للطور الأولي من العلاج أن يتصف بنمط يمكن تفسيره عند المرضى شديدي الاضطراب على أنه ثبات فيزيولوجي ظاهري وضغط إنجاز ضعيف (أنظر المثال رقم ١ والشكل ٨، وعدم ثقة وصد للعلاقة (المثال رقم ٢ والشكل ٩). فإذا لم يتم أخذ طابع الدلالة لمثل هذا النمط بعين الاعتبار فإنه إما أن يقود ذلك إلى قطع العلاج أو إلى تصرفات أخرى للمريض خارج العلاقة العلاجية.

ويحتمل أن تكون مشكلة المعالج في التساهل مع موقع نكوصي للمريض. مع العلم أن هذا الموقع النكوصي قد يكون مرغوباً في الواقع. ويظهر هذا التساهل مع الموقع النكوصي عملياً في التقدير الخاطئ لاستقرارية المتعالج في العلاقة العلاجية (يكون الفرق بين مفهوم الذات ومفهوم الآخر >١٠ وحدات. ويرتبط هذا الفرق مع ارتفاع القلق وازدياد الحاجات النكوصية للمتعالج (أنظر الشكل ١٠)، الأمر الذي يقوي التوتر (الفرق بين مفهوم الذات ومفهوم الآخر >٢٠ وحدة)، ويؤدي إلى عدم الاتساق (الشكل ١١). ويغلب أن تظهر فروقاً بين مفهوم الذات ومفهوم الآخر بدرجة قليلة (<١٠ وحدات) في أطوار العلاج اللاحقة وتتصف «بتأثير ماص أو اجتيافي» أي

أن تقدير الذات عند المريض يتبع منحى التقدير الذي يحمله المعالج عن المريض.



شكل (8): نموذج أولي للتأثير الانفعالي القليل
(قارن قيم القلق والتباعد وقيم دوافع العلاج)



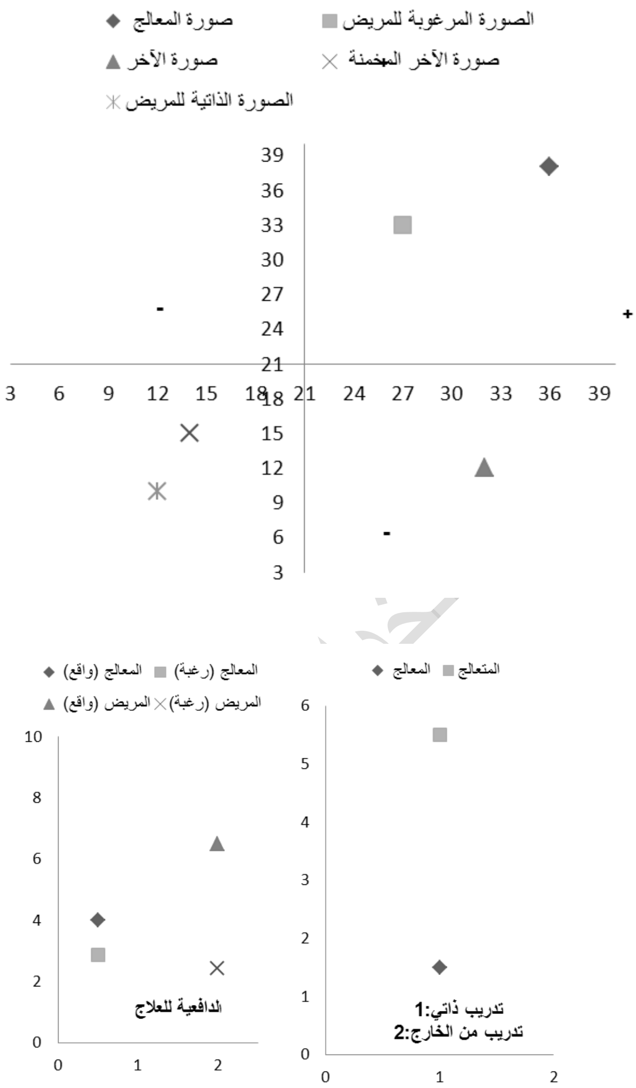
شكل (9): «دفاع شكاك ضد العلاقة، أو صد لها»
صورة الآخر المخمنة واقعه في الناطق السلبي





شكل (10): تقدير خاطئ لحاجه المتعالج للمساعده من قبل المعالج

(الفارق بين صورة الآخر وصورة الذات أكبر من 20 وحدة)



شكل (11): عدم اتساق من نمط النكوص الضار
(قلة الحيلة والتقليل من قيمة الذات)

ويجب تقويم الأطوار الأولى للعلاج، حيث ما تكون شروط النمو عند المتعالج غير متوفرة بعد، على أنها دلالة على عدم توازن مهم للتوقعات التكاملية التي تستند

علىٰ بعضها البعض. وينبغي البحث عن أسباب عدم مثل هذا النوع من عدم التوازن.

وفي الطور اللاحق للنمو -المشحون بالأزمات – والذي يوجه فيه المتعالج باطراد سلوكه الواعي المستقل ويتعلم السيطرة علىٰ السلوك العَرَضي تظهر مجموعة من الدلائل حول التوتر الزائد أو الناقص في المنظومة الاجتماعية (استمرار شكل متداع من العلاقة أو علىٰ العكس من ذلك استمرار تشكيلات غير متسقة؛ وعودة ظهور المبالغة في التقديس (المثلنة) والتقليل من قيمة المعالج...الخ). وتمتلك هذه الصورة أهمية عيادية مهمة في الحالة الفردية، إلا أنها لا تظهر بصورة حتمية.

الفصل الرابع

الاستراتيجيات والتقنيات العلاجيـة

1- العلاقة بين التدخل والتأثير

منذ أن ظهرت نتائج الدراسات التحليلية البعدية الجديرة بالاهتمام التي قامت بها كل من مجموعة شميدت (١٩٨٠)، وشابير وشابير (١٩٨٢) وروزنتال (١٩٨٠) وهونتر وزملائه (١٩٨٢) وفيتمان (١٩٨٤) والتي تضمنت تحليلات بعدية للتأثير اشتملت على ٩٩٠ دراسة عيادية مضبوطة للاتجاهات الكبيرة الثلاثة، التحليل النفسي والعلاج السلوكي والمعالجة النفسية بالمحادثة (المتمركزة حول المتعالج)، لم يعد النقاش حول مسألة فائدة العلاج النفسي قائماً. فالعلاج النفسي مفيد[1]، وذلك من دون وجود فروق جوهرية بين الاتجاهات المختلفة. بالإضافة إلى ذلك برهنت عوامل الطرق Methods Factors والتقنيات على أنها عديمة الأهمية عندما أراد المرء برهان الفاعلية. والأمر الوحيد الذي تم دائماً برهانه بشكل مثير للانطباع هو الدور الحاسم لعلاقة المعالج المتعالج.

وعليه نشهد تراجعاً عن «الإيمان بالتقنيات» من المعالجين النفسيين في السنوات الأخيرة. وحتى اليوم فإن نتائج الأبحاث التي تم فيها بالفعل برهان تأثيرات تقنية التأويل للتحليل النفسي أو تقنية التعبير للعلاج المتمركز حول الشخص أو تقنية

[1] (أنظر مستقبل العلاج النفسي، معالم علاج نفسي عام: ترجمة سامر جميل رضوان. منشورات وزارة الثقافة السورية ١٩٩٩)

خفض الحساسية للعلاج السلوكي على سبيل المثال مازالت حتى اليوم غير متفق عليها، على الأقل لايمكن تمييزها عن "التأثيرات غير النوعية" "للعلاقة الجيدة". (أنظر أيضاً: الدواء الخادع "البلاسيبو")

ومن ثم يتم الاعتماد على النماذج الأكثر فاعلية والتي تطرح علاقة المعالج-المتعالج في مركز اهتمامها، ومنها نموذج العلاقة المساعدة [الرابطة المساعدة] (helping alliance) للوبورسكي وزملاءه. ففي دراسة كانت قد نشرت في عام ١٩٧١ قامت على تحليل ١٦٦ دراسة من الاتجاهات العلاجية المختلفة حول الأهمية التنبؤية للسمات المنفردة توصل لوبورسكي وآخرون إلى استنتاج بالغ الدقة بأن سمات المعالج لوحدها لاتمتلك أية أهمية على الإطلاق. ففي دراسة واسعة جداً (Penn Psychotherapy Project, Loborsky et al.,1980) تم استخدام كم كبير من سمات المعالجين وضبطها. فإلى جانب البيانات الديمغرافية للمعالج (كالسن و الطبقة الاجتماعية وعدد الأولاد والدين ومكان ولادة الوالدين والدرجة الأكاديمية..الخ) وسمات التأهيل (التأهيل التخصصي، الخبرات المهنية، نوع المعالجة) تم قياس متغيرات الاتجاه والموقف عند المعالج النفسي قبل العلاج. وقد ظهر أنه و لا أية واحدة من هذه السمات برهنت على أنها ذات قدرة تنبؤية. إلا أن دراسة مصممة بدقة وراعت جميع الشروط العشوائية (الدخيلة) قد أظهرت الإثبات الواسع لأهمية سلسلة من سمات المرضى وبشكل خاص قدمت الدليل القيم على الدور الحاسم للعمليات التفاعلية في العلاج. وفي دراسات لاحقة تم تحديد نوعين من العلاقة المساعدة:

- العلاقة المساعدة من النمط الأول helping alliance Type I، وتتصف بعلاقة يتوقع فيها المتعالج المساعدة من المعالج ويعيشها أيضاً على أنها داعمة ومفيدة.
- العلاقة المساعدة من النمط الثاني helping alliance Type II، وتتصف بعلاقة يتقاسم فيها المعالج والمتعالج مسؤولية تحقيق الأهداف التي حدداها.

وقد استنتجت هذه الدراسة أن النمط الأول كان بارزاً بشكل دال في المجموعة الناجحة أكثر مما هو الحال في المجموعة غير الناجحة، وأن النمط الثاني قد تم إيجاده في عدد من المجريات الناجحة، ولكن ليس في أي من الحالات غير الموفقة. وقد تم طرح عامل التأثير "العلاقة العلاجية" الذي حظي بالنقاش هنا من قبل عدد كبير من باحثي العلاج النفسي المقارن على أنه من بين عوامل التأثير غير النوعي unspecific Factors، ذلك أنه قد تم وصف تشابهات بين الطرق كمبادئ مشتركة عابرة. وتقول الفرضية الأساسية لهذا بأنه "على الرغم من الفروق الظاهرية فيما يتعلق بالتوجهات والأساليب النظرية تؤسس كثير من المدارس العلاجية القابلة للتمييز عن بعضها على عوامل مشتركة من حيث المبدأ، تستخدمها من أجل تفسير كثير من التعديلات، التي يظن المرء أنها ظهرت نتيجة للإجراء الخاص المتعلق بالمدرسة.

وعليه فمن أجل عدم التثبيت على الميول شبه العلمية لممثلي التقنيات الراهنين، يبدو من الضروري إدخال إطار تكاملي للتقنيات.

وقبل التفكير أو تصديق التأثير النوعي الممدى[١] hypostatize لتقنية ما، فلا بد بداية من فحص أثرها على طبيعة علاقة المعالج المتعالج، لأنه يمكن استنتاج مقدار التأثير الغالب لنوعية سمات هذا المستوى. وبداية عندما يتم توضيح العلاقة بين متغيرة التقنية وشكل التفاعل العلاجي، فإنه يمكن عندئذ فحص فرضيات أخرى حول مركبات التأثير النوعية.

وفي هذا السياق لابد من التحذير من بعض الأخطاء:

لا تخلط النية التي يتم فيها استخدام التقنيات مع وظائفها الممكنة: وهذا ينطبق بشكل خاص عندما يحدد اسم التقنية وظيفتها بوضوح. مثال ذلك ينبغي التمرن على مهارة خاصة في العلاج السلوكي، توسيع المعرفة من خلال تقنيات توصيل

---

[١] اعتبار الشيء المجرد مادياً

المعلومات، جعل اللاشعوري شعورياً من خلال التأويل. هذه السياقات لا تكون صحيحة إلا عندما يتيح مستوىً محدد من علاقة التعاون ترسيخ الوظيفة النوعية المعنية. فنوع من الاستقلالية للمريض في العلاقة بالمعالج هي شرط لكل التقنيات التي تتطلب تعاون المريض. مثال ذلك لا يمكن النظر لتقنيات اكتساب الاستبصار على أنها فاعلة بهذا المعنى إلا عندما يتم الوصول إلى مستوىً معين من التعاون العلاجي. وحتى هذه النقطة فإن لمثل هذا النوع من التقنيات في الغالب وظيفة بناء العلاقة؛ فهي عندئذ توصل استبصاراً أقل من الشعور بالدعم أو بالحصار من المعالج على سبيل المثال. ففي هذه الحالة يؤثر توصيل الاستبصار كإجراء داعم مثبت، وفي الحالة الأخرى كإجراء منمي للنكوص (يحشر المعالج المتعالج في "وضعية-تلميذ" متعلقة).

لا تمارس الموقف القائل: التقنية تشفي": فالعلاقة بين التدخل العلاجي والأثر ليست علاقة مباشرة بين السبب والنتيجة. ويفترض للتقنيات العلاجية أن تسهم بصورة قيادية في بناء شكل التفاعل المؤثر وينبغي عدم النسيان على الإطلاق أن الإنسان الناشئ اجتماعياً في سياق وضعنا الثقافي يبني في الموقف العلاجي شكلاً من التفاعل المؤثر حتى من دون مساعدتنا المقصودة (أنظر الدواء الخادع في المسرد). فالمريض يستفيد عندئذ وفق خطته حول الموقف ويعيد تنظيم التدخلات أيضاً بصورة مستقلة عن خطة المعالج في شكل مكونات فاعلة من أشكال التفاعل (وعند الشبهة يحدد المريض طبيعة التدخل).

ويرجع فضل نجاحات أجزاء كبيرة لنجاحات الطب حتى بدايات القرن العشرين إلى هذا الحادث. فعن التصور الأولي القائل: أنا أؤثر باستراتيجيتي على عرض المريض؛ يفترض أيضاً وفق كل معارف أبحاث العلاج النفسي أن ينبثق الاتجاه المتمثل: أنا أسهم في نشاطاتي المحترفة في أن ينمو شكلاً من التفاعل المؤثر علاجياً.

بداية هذه الرؤية هي التي تجعل من التصور القائل أن المريض هو موضوع خاضع للتأثيرات التي تصوغه، نسبية. كما يصبح الإجراء العلاجي المنعزل نسبياً في مظهر

تأثيره. فالتأثير لا يترعرع بداية إلا في موقف العمل العلاجي التي يتم تصميمه من كلا الطرفين المعالج والمتعالج معاً.

2- التقنيات والاستراتيجيات الداعمة –التكاملية

1.2- ملاحظات أولية

تهدف التأثيرات الداعمة (المساندة) والتكاملية (المكملة لشيء ما ناقص) إلى تحسين قدرة التنظيم الذاتي للمريض. وتتيح هذه التأثيرات بناء علاقة مساندة يتصرف ضمنها المريض من الناحية الوظيفية وفق مستوى أعلى مما هو الأمر خارج العلاج. وكلما ازداد تركيز المعالج "بطريقة تكاملية" على موازنة عدم كفاءة المريض بصورة أكبر كان خطر العمليات النكوصية الضارة التي تجعل المريض عاجزاً وغير مستقل موقفياً أقل وكذلك قل خطر تحول العلاقة إلى علاقة غير بناءة، وكانت الفرصة أكبر لقيام علاقة مساعدة يتمكن من خلالها المتعالج قبول حاجته للمساعدة، على شكل نكوص علاجي، وأن يستفيد المساعدة العلاجية بصورة ملموسة.

في الطب يستخدم مبدأ المساعدة التكاملية الداعمة على مستويات مختلفة من التنظيم البيولوجي الاجتماعي للإنسان: في التعويض العابر أو الدائم عن أجزاء الجسد، سوائله، في الدعم الدوائي لإنتاج أو تعويض المواد، المهمة لعمليات التنظيم، وكذلك في الطب الاجتماعي في بناء العلاقة الداعمة من خلال التدخل في المحيط الاجتماعي والعلاج البيئي. ويمن للمعالج النفسي أن يستخدم كل هذه الإجراءات لبناء العلاقة.

ومن هنا يبدو أنه من الضروري تصميم الطبيعة التكاملية - الداعمة لهذه الإجراءات على مستوى علاقة المعالج بالمتعالج. وسوف نعالج هذا المظهر من المساعدة النفسية العلاجية في الفقرة التالية.

وسوف يهتم الجزء الأساسي لهذا الفصل بالتكييف التكاملي للمعالج مع عدم كفاءة التنظيم الأساسي للعلاقة، التي تلعب في كل الاضطرابات الشديدة دوراً. وقد تم عرض وجهات النظر المضمونية لتصميم العلاقة تحت عنوان توصيل التعاطف والمبادئ الأساسية للتفهم من خلال موضوع العلاقة. ولاستكمال الفصل قمنا في النهاية بعض قواعد برهنت نفسها في الممارسة تتيح أن يعيش المريض العلاقة على أنها علاقة مفيدة.

2.2- الإجراءات الأساسية

قبل فترة طويلة من اتخاذ شخص ما القرار بقبول عرض علاجي مباشر يكون الطريق الذي يبحث من خلاله هذا الشخص عن المساعدة قد أصبح ممهداً. أما المجالات التي قد تحدد طلب المساعدة أو تعيقها فيمكن تحديدها بالنقاط التالية:

1- موقف المجتمع من الاضطرابات النفسية ومن المضطربين نفسياً.

2- موقف المجتمع من العلاج النفسي، وبشكل خاص فرص النجاح المتوقعة للعلاج النفسي والحاجة الراهنة والسابقة، الخاصة أو العامة للمعالجة النفسية، والاستعداد لطرح المشكلات الشخصية بصراحة والحديث حولها وتحمل الألم الناجم عن العلاج النفسي.

3- موقف المجتمع من المعالجين النفسيين، وبشكل خاص الثقة في شخص المعالج النفسي وتأهيله المهني.

وتؤخر الاتجاهات السلبية العلاج النفسي وتعيق اللجوء للعلاج النفسي بصورة مبكرة وتصعب العمل التعاوني بين المريض والمعالج وتؤثر بشكل غير ملائم على نجاح الإجراءات العلاجية النفسية. وتتفاعل المشكلات الناجمة عن هذه الاتجاهات مع أشكال التعامل الخاصة بالمنشأ المرضي ومع الموقف العلاجي وتتجلى على شكل ما يسمى بالمقاومات بأشكالها المختلفة.

ولأن المريض في العادة يكون قد مر بعدة مؤسسات علاجية، طبية على الأغلب قبل أن يجلس مقابل المعالج النفسي تعد الإجراءات أو النشاطات التالية الواقعة ضمن مسؤولية كل معالج فرد لسد هذا الفراغ ذات أهمية:

1- نشر تصورات مقبولة قريبة من الواقع عن هذا الشكل من العلاج لدى الجمهور.

2- التعاون مع الزملاء الذين أحالوا المريض ومع الجهات غير الطبية التي حولت المريض بهدف تشجيع المتعالج لتحضير نفسه على العلاج.

وتمهد هذه الإجراءات أو النشاطات الأساس للعمل العلاجي وتسهل حصول ما يسمى العلاقة الرابطة عاطفياً والمشحونة بالثقة.. ويمكن اعتبار هذه الإجراءات استراتيجيات «التمركز أو التموضع».

التمركز أو التموضع

يشير موسر في نموذجه للتفاعل أنه يوجد في بداية التأثير المتبادل بين متفاعلين مجموعة من التصرفات التحضيرية تستند إلى هذين المتفاعلين. وهذه التصرفات عبارة عن استراتيجيات التجنب-التقارب، أو استراتيجيات التقارب -التباعد. وتحدد منظومات الدوافع التي قد تكون من النوع القاعدي أو الأساسي (مثل الأمن والنشاط) أو من النوع التمايزي الأعلى (التنظيم الواعي للمحيط والذات) عمليات تموضع الشخص بالنسبة للعلاقة الممكنة. ويبدو أن البنى الاستعرافية التي يمكن أن يحدث بمساعدتها توقع وإثارة التأثير المتبادل ذات أهمية كبيرة.

وقد تم إثبات أهمية هذه المرحلة التحضيرية بشكل تجريبي. تلك المرحلة التي تركز على البنى الدافعية الخاصة بالعلاج وبناء القدرات، أي التفاعل العلاجي من دون توقع تأثيرات خوف شديدة ، قبل أن يكون هناك أي اتصال مع المعالج والتقاليد العلاجية بعد.

وكان موسر قد برهن في عام ١٩٨٥ أن عمليات التموضع المكانية (عندما يذهب الشخص لطبيب، يجلسان في غرفة، يقوم الطبيب بفحصه) تلعب دوراً أساسياً. ومن هنا فإن الشخص شديد الاضطراب يكون في وضع قادراً فيه على بناء دافع للاتصال المباشر وفق النموذج التقليدي لتفاعل الطبيب-المريض (دون التقليل من التباعد الانفعالي المهدد). وعليه يستطيع المرء دفع كل مريض ممكن للذهاب للطبيب. إلا أن الصعوبة تبدأ عندما يعقب تنظيم التباعد المكاني تنظيم للتباعد الانفعالي، أي ما يسمى بالرابطة الانفعالية، أي عندما تنشأ علاقة شخصية رابطة عن طقس محدد.

ويتعلق الأمر هنا بالانجذاب الانفعالي إلى علاقة من الممكن لها أن تتأرجح من موقف إلى موقف، إلا أنها لا تنقطع جذرياً. ويرى موسر أنه من المرغوب استمرار رابطة ما وذلك عندما تسمح هذه الرابطة للرغبات أن تتجدد وعندما يكون هناك ثقة أن الشريك يرغب برابطة مشابهة على الدوام وعندما تساعد العلاقة على تثبيت استقرار

الذات وإنتاج الشعور بالأمن. (أنظر نموذج الرابطة الانفعالية عند بولبي ١٩٨٠).

حاجة المتعالج للأمن

تشير حقيقة أن مريض ما يجلس في غرفة طبيب أو معالج نفسي إلى أن هذا المريض يبحث عن المساعدة. وعلى المعالج أن ينطلق من هذه الحقيقة، حتى عندما يبدو للوهلة الأولى أن الأمر ليس كذلك. وإن بدا في بعض الأحيان أنه شيء آخر، فإن ذلك ينبع من أن المريض لا يريد المساعدة بأي ثمن، أنه في كثير من الحالات يمكن أن يتقبل المساعدة تحت شروط معينة فقط. والشرط الأهم الذي يطرحه المريض هو أن يظل محافظاً على مقدرته الوظيفية وأن يظل محافظاً على مقدار من ضبط الذات والمحيط الضروري من أجل تكامله النفسي، وأن يظل محافظاً على خبرة الهوية الشخصية في عملية التغيير.

ويقوم شعور الهوية هذا على شرطين:

1- إدراك هذه الهوية في الاستمرارية الزمنية والمساواة.

2- الخبرة، أن المحيط يؤكد هذا الإدراك من خلال ردود أفعال مطابقة (إيريكسون، ١٩٥٩، ص ١٨).

توقف التغيرات العلاجية، سواء أراد المرء ذلك أم لم يرد استمرار أشكال ردود الأفعال الاعتيادية. ومن هنا فإن منطلق كل جهد نحو تحضير المتعالج للعلاج النفسي هو عبارة عن نموذج حول الكيفية التي تتم فيها مراعاة حاجات المتعالج للأمن فيما يتعلق بتلك التهديدات الواقعية. ويشبه الأمر من حيث المبدأ الآراء المماثلة لتلك الواقعة تحت مصطلح «تذليل أو مواجهة الإجراءات العلاجية»، على سبيل المثال في التحضير للعمليات الجراحية في الطب، والتي تعد إجراءات اعتيادية أو روتينية.

ومن هذه النقطة يمكن اشتقاق أهداف جزئية مشابهة في تحضير المتعالج للعملية العلاجية. وتتمثل هذه الأهداف في جعل المريض قادراً على الضبط العالي قدر الإمكان لعمليته العلاجية. ويمكن تحقيق تموضع (أو تمركز) للمتعالج بطريقة تراعي حاجاته

للأمن، ومن ثم بطريقة تسهل حدوث الارتباط الانفعالي، في حالة ما، عندما يتم الإيضاح للمتعالج ما ينتظره من المعالجة (راجع الفصل الخامس المتضمن أمثلة عملية حول الجلسات التحضيرية). وفي حالات أخرى ينبغي تحضير المتعالج للعلاج النفسي من خلال الإجراءات الداعمة غير العلاجية النفسية. ونقصد بذلك من خلال إجراءات اجتماعية وبيئية علاجية مساعدة وأنشطة علاجية جسدية (علاج دوائي داعم وإجراءات فيزيائية ...الخ) المستخدمة في الطب العام والداخلي والطب النفسي، والتي تنظر للعلاج النفسي من منظورها العلائقي. ويمكن أن يتم استخدام تأثير كل إجراء على نحو وصف الدواء والإجازة المرضية والتحويل والإرشاد والتدخل التشخيصي العلاجي والدعم الطبي ...الخ، على طبيعة علاقة المتعالج بالمعالج باعتبارها نشاطات داعمة ومساعدة في بناء العلاقة.

الاتفاق الأول حول الأدوية

يذكر فرانس كافكا في كتابه المعنون تحت «طبيب ريفي»: «ما أسهل أن يكتب الطبيب وصفة طبية، وما أصعب التفاهم مع الناس». وفي الواقع فإن الوصفة الطبية تمثل أبسط أشكال الإجابة عن أسئلة المتعالج الكثيرة التي قد لا يكون لها إجابة.

وبغض النظر عن طبيعة الدواء الموصوف فإن الإجابة البسيطة هذه تعني:

«لقد عرفت أنك بحاجة لشيء، وأنا سوف أعطيك شيئاً ما». وتعكس هذه المجاملة من قبل الطبيب والتي تتم وفق النموذج «مريض– أم – طبيب - وصفة» طقساً من الطقوس القديمة جداً.

كما يمكن لكل دواء أن يحظى بشحنة من المشاعر تشبه تلك الشحنة من المشاعر التي يكنها المريض للطبيب، مثال ذلك حبة الدواء التي يحملها عصابي القلب في حقيبته أو الذي يعاني من نوبات رهابية إرضاء لحاجاته للأمن دون أن يتناولها

بالضرورة. بالمقابل يمكن للدواء «الجيد» أن يمهد لنشوء علاقة ثقة بالطبيب أو المعالج. مثال ذلك المتعالجة فاطمة التي كانت تعاني من اضطراب شديد في التواصل الاجتماعي وفاقدة للثقة بالآخرين. وكانت فاطمة تبث باستمرار حاجتها للمساعدة من خلال محاولة الانتحار التي قامت بها. فتم تحويلها إلى العناية المشددة نتيجة معاناتها من أزمة اكتئابية شديدة. ومن خلال العلاج بمضادات الاكتئاب ، أمكن تحقيق تحسن. وقد أسهم هذا التحسن إضافة إلى عدم إرهاقها في مشكلات تنظيم العلاقة في التمهيد لعلاقة كانت متباعدة في البداية، إلا أنها مطردة التقدم، الأمر الذي قاد إلى التفاهم معها.

وقد ذكرت ملاحظات مشابهة حول التأثير الملائم للأدوية العلاجية النفسية وبشكل خاص في الأمراض الجسدية النفسية التقليدية والأمراض الطبية النفسية كالاكتئابات الذهانية والصور شبه الذهانية والتعطل الشديد في الشخصية. ففي الأمراض الذهانية يغلب أن يكون العلاج النفسي فاشلاً بسبب عدم إمكانية بناء رابطة عمل مستمرة. والعلاج الدوائي يمهد للعلاقة العلاجية ويبنيها ويضمن استمراريتها ويرفع من قدرة المريض على تحمل النور ويجعله قادراً على المواجهة الأولى للتصورات المحجوبة المسببة للمرض ويمنع نوبات القلق غير المراقبة كما هو الأمر في حالة الاضطرابات القسرية الشديدة، وكذلك في العلاج الأولي للأمراض النفسية الجسدية، كالتهابات القولون والربو الشُعَبي.

3.2- موقف المعالج من استراتيجيات التواصل الإشكالية عند المتعالج (المقاومة)

من الطبيعي أن تؤثر الإجراءات الداعمة التي قمنا حتى الآن بوصفها والمستندة إلى حوادث واقعة خارج نطاق علاقة المتعالج-المعالج على العلاقة وأن تحددها بشكل جوهري. فمن يهتم بمشكلات العمل والسكن وبالمشكلات المادية عند متعالجه ويقدم له الوصفات الطبية والنصائح ويكتب له التقارير الطبية يشبع في الوقت نفسه حاجات الرعاية والاهتمام في شخصه ومن ثم فهو يستجيب بصورة تكاملية لهذه التوقعات.

ومن هنا فإن مثل هذا النوع من الإجراءات يثبت الشروط العامة فقط بالنسبة لقدرات التصرف عند المتعالج. وعلى الرغم من أن هذه الإجراءات تسهم في بناء علاقة تكامل غير متناسقة بشكل غير مباشر غير أنها تكون كبيرة جداً. ومن هنا فإن الإجراءات التالية تكون موجهة بشكل مباشر أكبر على الوظيفة الراهنة للمعالج من أجل تسهيل التواصل معه. فالمعالج لا يساعد من خلال الإجراءات بل من خلال موائمة طريقته في بناء التواصل مع القدرات الراهنة للمتعالج. ويحدث هذا التلاؤم على مستويات متعددة:

أي من خلال أنه يراعي حاجات التقارب والتباعد ويراعي قلق المتعالج أنه لم يعد قادراً على السيطرة على الوضع وإحساسه أن «الخبير» قد اكتسحه، وأنه لم يعد يتتبع أهدافه الخاصة...الخ.

وفي التحديد الاصطلاحي التحليلي النفسي يراعي المعالج المقاومة والدفاع عند المتعالج. ويقوم ببناء موقف يحقق فيه الثبات والتوازن في التوازن القائم على ذلك، أي أنه لا يشكك بالأنماط التقليدية في التعامل مع الواقع ولا يجعل الموقف أقل خطراً، بل يهدئ. ويتألف الشرط الضروري لمثل هذا النوع من السلوك الداعم والهادف من أن المعالج يستطيع أن يفهم ما يسمى بمقاومة المتعالج للتقدم العلاجي (أي ضد صور العلاقة المملوءة بالثقة وضد أن يصبح المتعالج نشطاً في العلاقة وضد تقبل قواعد سلوكية علاجية محددة....الخ)، في وظيفته المُنَظِمة للعلاقة.

ومن هنا فعندما يأتي المتعالج متأخراً للجلسة العلاجية أو لا يأتي على الإطلاق في الموعد المحدد، أو عندما يمتنع حتى عن مجرد أخذ آراء المعالج بعين الاعتبار حول الارتباطات المتعلقة بالمنشأ المرضي، وعندما يخرب العمل العلاجي ويصمت أثناء الجلسة أو يأتي سكراناً، أو يرهق المعالج مساء عن طريق الاتصالات الهاتفية المتكررة فإن هذه الأنماط من السلوك تمثل بالدرجة الأولى

مساعي المتعالج في تقديم «أسلوبه» الخاص في العلاقة بدلاً من تقديم تواصل أكثر تهديداً وأشد زعزعة للثقة.

وعندما شاع استخدام المقاومة كمفهوم نفسي لوصف استراتيجية تواصل محددة للمتعالج، وظيفتها تجنب كل مواجهة مثيرة للقلق مع واقع ظروف المتطلبات العلاجية تم توسيع مجال المقاومة مبدئياً ليشمل كل المتغيرات الممكنة لشكل العلاقة.

وحسب شدة الاضطراب، أي وفقاً للدرجة التي يكون فيها المتعالج معتمداً على إعاقة علاقة علاجية شديدة التغيير ومُزَعْزِعة على المعالج ألا يتقبل هذا السلوك من المقاومة فحسب بل عليه أن يسخر شخصه بصورة هادفة وداعمة من أجل تخفيف الصراع بين المتطلبات العلاجية والكفاءة التنظيمية للمتعالج.

إن مشكلة العلاقة عند المتعالج تحدد بصيغة ما طريقة موقف المتعالج من عرض التعاون المبدئي للمعالج وطريقة تفتح استراتيجيته التفاعلية.

لنفترض أن المتعالج قد تفهم بطريقة معقولة قواعد التواصل العلاجي ومعنى هذا التواصل، وأن المعالج قد برمج نفسه على المتعالج وذلك من خلال عدم إعطاءه النصائح والتفسيرات والتوجيهات وعدم طرح أسئلة، وإنما الانتظار باهتمام لما سيقوله المتعالج. فمثل هذا النوع من موقف المتطلبات لا يلائم كثير من المتعالجين. إنه يهدد بكشف عجز المتعالج على كل مستويات التنظيم وفي تعريض الاستقرار للخطر، مما يؤدي إلى أن يقوم المتعالج بتشكيل مقاومة. والمقاومة هنا يمكن اعتبارها مقاومة نشأت بشكل ثانوي للشكل المطروح من العلاقة.

ويتم في العادة استخدام استراتيجية موثوقة وعفوية جداً من المتعالج لتنظيم العلاقة بالمعالج. وهذه الاستراتيجية إما أن تقاوم مشروع التعاون الذي يقدمه المعالج أو تحاول تعديله بشكل جوهري. وعندئذ يعني المصطلح «المقاومة» أنه قد

تم من خلال سلوك المتعالج التشكيك بشكل التعاون النموذجي المثالي الموجه. وبالتالي تكون قد تشكلت سمة أساسية من سمات العملية بشكل واضح.

يستمد المجرى العلاجي ديناميكيته من نشوء الصراعات بشكل دائم وحلها بين أشكال التفاعل المتمركزة على المهمة والأكثر تعاونية والمثالية، وبين أشكال التفاعل الأقل تمركزاً على المهمات والأقل واقعية. وتحتوي هذه العملية على الحادث الدينامي النفسي لنشوء وحل توترات الميول المتناقضة.

وكلما كان التناقض بين مشروع العلاقة (قواعد العلاقة المطلوبة، متطلبات السلوك، بنى المعايير) أكثر حدة كان حصول التواصل الفعال بمعنى التعاون العلاجي أقل. وبالنسبة للمعالج المتمسك بشكل جامد بمشرع علاقته، فإن هذا التمسك الجامد يمثل «المقاومة» بعينها ضد (وجهة نظره) حول التقدم العلاجي. وبالنسبة للمتعالج القلق على رغباته وتماهيه وحقه أو عدم حقه فإنه من الطبيعي أن يبدي المقاومة في علاقة ما بدلاً من أن:

1- يشعر فيها بالقرب المهدد.

2- يشعر بالقلق الشديد من الاستسلام لشخص جبار لا يمكن السيطرة عليه، أو إلى سلطة جبارة لا يمكن السيطرة عليها.

3- يعيش التوتر الذي تسببه المواجهة مع حاجاته ورغباته المكبوتة أو المُنكَرة، (كالحاجات العدوانية أو الجنسية أو الشهوانية أو رغبات الرعاية الشديدة).

4- إضعاف خبرة الإحساس بالذات التي تسبب المواجهة التي لا يمكن تجنبها لعدم الصلاحية الذاتية أو الواقعية في بناء العلاقة.

5- تعريض نفسه عموماً للشك بالتوازن النفسي لديه، حتى لو كان ذلك توازناً مرضياً.

ويعد مجال التصرفات التي تتصف بأنها تصرفات مقاومة مجالاً غير محدود، ولاولا يتضمن السلوك المرضي فقط، ذلك أن كل سلوك يخدم المقاومة من حيث المبدأ. وعلى الرغم من ذلك يبدو أن تعريف نمط ما من السلوك الذي يتم استخدامه من أجل تنظيم العلاقة-حتى السلوك المستخدم من الأشخاص الأصحاء- على أنه سلوك مقاومة مهم بالنظر إلى علاقة التعاون المرجوة – باعتبارها استراتيجية تعيق تقبل المساعدة- في حال أنه هنا تمت مراعاة أن المقاومة ليست شأناً للمريض وحده وإنما هي حادث تفاعلي.

ويسمح هذا المظهر من شمول المقاومة للجزء الذي يطرحه المعالج من المهمة كذلك بفهم ما يقدمه المتعالج من خلال المقاومة: «إذا تقبلت معاييري فأنا مستعد للتعاون». ويظهر مثل هذا الفهم للمقاومة بصورة خاصة عندما يبدو فيها للوهلة الأولى مشروع العلاقة مشروع علاقة عدوانية، وما يلحق بذلك من تلك الأنماط الأولية، على نحو: «يريد كل شخص الأذى لي، على أية حال فهذا هو حظي، مهضوم دائماً، أيد لي ذلك....وحتى هنا لا بد لي من أن أكشف كل شيء ...لا لن أدع هذا يحدث...إذا لم أستطع استغلالك فلسوف تقوم أنت باستغلالي....لن أسمح بذلك!».

ففي كل هذه الحالات يبث المتعالج إمكانية المساعدة المتوقعة منه...«امنحني الدعم والأمن!....أمّني!....وفر علي مواجهة نفسي........وفر علي مواجهة الواقع الذي لا يطاق....!هوِّن علي المعاناة....! برهن لي أنك تقف إلى جانبي!.....الخ».

ويقوم مشروع العلاقة «المقاوم» عند المتعالج على المقولة التالية:

«أتعاون معك تحت شرط أن تساعدني من خلال سلوكك على الشفاء دون أن أكون مضطراً لمواجهة واقعي الداخلي المشحون بالصراعات بطريقة لا يمكن تحملها». ولا يخفي التهكم الذي يبطن هذا التعبير. ويمكن أن نفهم هذا الشرط من خلال الجملة القائلة: «اغسلني ولكن إياك وأن تبللني». مع العلم أنه يتم تناسي أن العلاج النفسي بالتحديد يقوم على التعامل مع المتعالج بشكل يمكنه من مواجهة الواقع بطريقة

يمكن تحملها. ومن البديهي أن يقصد المعالج بمفهوم (يمكن تحملها)، أن هذه المواجهة تتحقق من خلال التواصل الكثير والاهتمام الدقيق بالشريك، في حين يبحث المتعالج «المقاوم» عن خلاصه من خلال التمسك بموقع نكوصي غير ثابت ومن خلال الهروب من العلاقات ومن خلال صدها.

ويعتبر التعامل مع سوء الفهم هذا والذي يحدد في النهاية المشكلة المرضية الأساسية للمتعالج الشكل الأول من المساعدة العلاجية.

ويمكن التعبير عن الاستجابة التكاملية لمثل هذا النوع من مشروع علاقة المتعالج بجملة «أنا تحت تصرفك ضمن شروطك، طالما يخدم ذلك مهمتنا المشتركة». إلا أن المعيار هنا ليس القلب الطيب أو سلطة المعالج بل كفاءته في فهم طبيعة علاقة العمل. فعلى المعالج أن يتصرف بشكل داعم ومتسق طالما يحتاج المتعالج إلى ذلك من أجل أن يعيش قدرة الوظائف لديه داخل إطار التعاون العلاجي؛ أي ليس أن يستفيد من العلاقة بشكل واقعي فحسب بل أن يستطيع التعاون.

وسوف نقوم فيما يلي من الحديث بعرض بعض الأمثلة المختصرة من ضمن مجال الإمكانات الواسع لهذا الشكل من العلاقة. ويتمثل الهدف في النهاية في منح المتعالج الشعور بالتفهم والدعم:

مثال ١: (لا تقترب مني كثيراً!)

تم تحويل أيمن البالغ من العمر ٣٥ سنة بسبب اضطرابات متنوعة وانتحارية كامنة وفقدان للأمن الاجتماعي بدرجة كبيرة مع ميل للأفعال العدوانية ضد مجموعات أجنبية يعتبرها ذات طبيعة عدوانية مهددة. وفي حياته الزوجية كان متعلقاً جداً بزوجته، حيث يبدو أمامها «فاشلاً» و «حقيراً». قطع في السابق محاولات العلاج بالأدوية النفسية والعلاج النفسي. أما التشخيص المطروح فقد كان «اضطراب في الشخصية». ومنذ الاتصال الأول شعر المعالج بالارتباك الظاهري من خلال السلوك

«العدواني» الكامن للمتعالج. تذمر المتعالج من كل شيء وأبدىٰ اعتقاده بعدم جدوىٰ أية مساعدة وقام بصد كل محاولات المعالج من الاقتراب منه أكثر والحديث حول مشكلات عاطفية حقيقية. شعر المعالج أنه مرفوض باستمرار ومعرض للهجوم. فما كان منه إلا أن عبر أخيراً عن استياءه بعد أن شعر بأن الكيل قد طفح . مما جعل المتعالج يرىٰ أن شكه كان في محله وتوقع أن يقطع العلاج.

في جلسة الإشراف Supervision واستناداً للتشخيص المرافق تم التطرق للتباعد الشديد بين الحاجة للمساعدة التي يعيشها المتعالج ورغبته في التباعد وبين عدم قدرة المعالج علىٰ احترام حاجة المتعالج للتباعد (أو قلقه من التقارب) والاستجابة لحاجته للمساعدة علىٰ الرغم من ذلك.

وقد تم تفسير مشروع العلاقة الذي تقبله المتعالج علىٰ النحو التالي: «ابق بعيداً عني لأنني أنجرح ويمكن أن أتحول إلىٰ الدفاع عن نفسي بشكل عدواني، واثبت لي رغم ذلك أنك تؤيدني وتساعدني». وبهذا الفهم لمشكلة المتعالج استطاع المعالج لأول مرة إدراك حاجات المتعالج للتباعد وحاجاته للمساعدة في إطار واحد والإحساس بالمعاناة الشديدة للمتعالج.

ومن ثم فقد غير مشروع العلاقة التكاملي القائل: «مهما يكن الأمر شاقاً بالنسبة لي في تحمل التباعد، سأظل علىٰ مبدأي وأحاول مساعدتك»، من الجو العدواني بسرعة وأتاح للمتعالج أن يعيش بشكل سريع إلىٰ حد ما علاقة المعالج-المتعالج.

مثال ٢: (أريد الانسجام والهدوء!)

باسمة سيدة في السابعة والثلاثين من عمرها، مطلقة وأم لولدين في الرابعة عشرة والسادسة عشرة من العمر. وتعمل حالياً مربية أطفال. تم تحويلها بسبب عرض اكتئابي مزمن مترافق مع الأرق. اتصف تطورها الشخصي بصفات الأم المسيطرة والحماية الزائدة حيث خرجت من تعلقيتها الشديدة بأمها إلىٰ التعلق برجل سلطوي

شديد. وكانت باسمة مستقرة في علاقتها في البداية وناجحة في مهنتها. وبسبب القسوة التي مارسها زوجها عليها حصل الطلاق قبل عشر سنوات من الآن، مما قاد إلى التثبيت الشديد على الأولاد، حيث كان عليهم أن يقوموا بدور الزوج البديل.

في الاتصال الأول كانت باسمة لطيفة جداً وحذرة وقلقة، وروت لمعالجتها النفسية كل شيء تعتقد بأنه مهم بالنسبة للعلاج، إلا أن كل ما روته لم يكن فيه أي أمر مثير للانتباه. وعندما كانت المعالجة تتطرق لتناقض ما لاحظته كان يبدو الانزعاج على المتعالجة. أدركت المعالجة مشروع المتعالجة «دعينا نقيم علاقة منسجمة ورتبي الأمر بطريقة لا يضطرب فيها هذا الانسجام!». وبمجرد الاستجابة القصيرة لهذا المشروع أمكن قيام رابطة انفعالية شكلت منطلقاً للتعاون.

مثال ٣: (أنا مريضة جسدياً!)

هناء في الرابعة والأربعين من العمر تعمل موظفة وتعيش وحدها. تم تحويلها بسبب آلام جسدية مزمنة في إطار عرض اكتئابي. كانت قد عولجت من قبل تسعة أطباء وكل واحد منهم أعطاها تشخيصاً مختلفاً. مشكلتها التي استنتجناها من خلال سيرتها أنها لم تكن قادرة على الشعور بأنها وحيدة لا عائل لها. وقد بنت لنفسها بمساعدة الأطباء «تركيبة مُعيلة»، إلا أنها حتى في إطار هذه التركيبة لم تكن قادرة على إدراك حاجاتها باستثناء القيام بفعل مناسب لتحسين حالتها.

وعندما استطاع المعالج إدراك أن الأمر يتعلق بالدرجة الأولى بتحقيق الاهتمام بغض النظر عن محتوى الحديث – حتى عدم نقاش التصورات المتعلقة بمنشأ المرض- استطاع التعامل بطريقة متسقة تكاملية مع صعوباتها من خلال التعبير عن رغباتها بالاتصال بطريقة مقبولة.

مثال ٤: (لا أستطيع فهم أي شيء!)

تبلغ منار الخامسة والخمسين من العمر وتعيش وحيدة وتعمل موظفة. تمت

إحالتها إلينا بسبب وجود «صمم نفسي المنشأ». وقد ظهرت أعراضها في البداية في مواقف صراع في المهنة، ولم تكن هذه الأعراض قابلة للتفسير في البداية. وبسبب الأعراض كانت مهددة بالفصل من عملها.

كانت منار متكيفة جداً في العلاج وتسعى للتطابق مع كل المعايير العلاجية المخمنة. وأنكرت بعنف وجود أي توتر، ولم تستطع ملاحظة التناقضات التي نشأت عن وصفها لحياتها اليومية، لأنها لم تفهم ببساطة أية كلمة، حتى عندما كان يتم طرح مجرد أسئلة أو ملاحظة ما قد تسهم في التفسير.

ولم يجد المعالج صعوبة في تحليل المشروع (وفر علي كل إثارة وتوتر عندئذ أستطيع العمل معك بصورة جيدة)? ومن ثم مكنها المعالج من أن تشعر بأنها قد فهمت من خلال قيامه معها بمعالجة موضوعات عامة في البداية ولم يعبر عن محتوى خبرة انفعالي، وسمح لها بالحديث عن صعوبات الآخرين وبنى بؤرة علاجية دون مراعاة ضمنية لعلاقة المعالج-المتعالج الراهنة.

مثال ٥: (لو لم أكن مريضاً لاستطعت أن أثبت للجميع...!!)

حسان فنان تشكيلي يبلغ من العمر الخامسة والأربعين. متزوج. تمت إحالته إلينا بسبب «الهروب الدائم إلى المرض». وقبل ظهور أي عرض كان يعاني من اضطرابات وظيفية مختلفة ومن الفشل المتكرر، وبشكل خاص في مواقف المتطلبات. كان حسان مقتنعاً أنه مريض بالقلب...«لو لم يفشل جسدي باستمرار لكنت رائعاً!...إن موهبتي فذة، ولكن جسدي ضعيف». أبدى المريض ظاهرياً في الجلسات العلاجية الأولى استعداداً صريحاً للتلاؤم: «أنا مستعد لأي شيء يجعل من جسدي قوياً»....ولكني في الواقع أعتقد أن علاجاً دوائياً أو عملاً جراحياً سيكون أفضل..... وقد استطاعت المعالجة بالتدريج فهم شروط متعددة طرحها المتعالج في علاقته العلاجية: «كوني بي معجبة وتقبلي أني بحاجة للإعجاب، كي لا أشعر باليأس وأني دون أهمية» ...وهذا

يعني أيضاً: «إذا تمكنت من توفير الشعور بالعجز علي، ربما تمكنت من البحث عن نموذج تفسير لاضطرابي وأن أصبح أكثر صراحة». لقد مكن الاستعداد العالي لدى المعالجة، والذي كان حتى الآن استعداداً ناقصاً، لمراعاة قابلية المتعالج للانجراح، وصممت موقفاً من الإعجاب به الأمر الذي مكنه من الشعور بالراحة وبناء الثقة.

تجنب ردود الأفعال (اللاتكاملية) على المتعالج المضادة للعلاج

توضح الأمثلة المعروضة أعلاه بعض الصعوبات التي يمكن للمعالج أن يعاني منها كشخص، في الاستجابة لأشكال العلاقة المعروضة بطريقة تكاملية بناءة. وقبل التطرق في الفقرة اللاحقة إلى أشكال محددة للاستجابة التعاطفية ولبعض القواعد الأخرى من أجل بناء علاقة تكاملية (تساوقية) داعمة لا بد من عرض بعض أنماط المشكلات وبعض المبادئ العامة لمواجهتها.

الاستجابة العفوية، الدفاعية

يستجيب المعالج هنا دون أن يكون قد فهم شيئاً بالفعل، وعلى ما يبدو أنه يريد بسرعة أن يكون متأكداً من أنه يظهر بمظهر الخبير العارف «المساعد الأقوى»؟ وبدلاً من الاهتمام بواقع تعابير المتعالج وبردود أفعاله الخاصة، يحاول تجنب نقل مشاعر عدم الثقة والغموض، التي هي من صميم المهنة العلاجية، في عملية الفهم على حساب إطار الواقع الراهن. ويتم إغراق المتعالج بنموذج جاهز من التفسير أو بشذرات من هذا النموذج قبل أن يتشكل إطاراً واقعياً لهذا التفسير. وينظم المعالج الموقف بطريقة يكون فيها الإطار الواقعي المهدد في مركز الصدارة. وهكذا فإن مثل هذا السلوك واستجابة المعالج تشير مبدئياً إلى مشكلة شخصية المعالج أكثر من إشارتها إلى مشكلات الشخصية للمتعالج. (أنظر النقل المعاكس).

استجابة المعالج المتعلق بالمحيط

في هذه الحالة يتمثل المعالج حالة مشاعر ومزاج المتعالج (الصدى الانفعالي، أنظر النقطة ٢). فاليأس عند المتعالج يفقد المعالج الأمل العلاجي، ويفقده المزاج المكتئب للمتعالج مزاجه الرائق، ويجعله مزاج المتعالج العدواني غاضباً، ويعديه المريض الفرح بحيث ينسى مشكلات الواقع...الخ

أنا نفسي لدي مشكلة

في هذه الحالة يتماهي المعالج مع مخاوف وقلق المتعالج (لا أريد أن يكون مستحوذاً علي من قبل الآخرين، أريد تحديد المسافة لأني أخاف من التقارب...الخ)؟ ويتمثل بشكل لا شعوري دفاعات المتعالج الراهنة (لن أدعك تسيطر علي سوف أحدد المسافة بيني وبينك)؟ مما يعرقل ظهور الشعور بالدعم، أو يثبت النمط السلبي للعلاقة. وبهذا يؤكد التوقعات السلبية للمتعالج حول مجرى العلاج (ليس هناك فرصة لأعيش خبرة أخرى). وتكمن أسباب هذه المشكلة في المعالج. فهو إما غير متمكن من التقنيات والقواعد العلاجية أو يدافع بوساطة تلك التقنيات عن إطار الواقع الذاتي المهدد. وتبدو المشكلة الأخيرة صعبة الحل من حيث المبدأ. فمثل تلك الوجوه من الدفاع النمطي عند المعالج نادراً ما يمكن حلها (تقنياً).

والقواعد التي سنعرضها لردود الأفعال التعاطفية في المقطع اللاحق تخفض الميل إلى رفض المشكلة عند المتعالج ورغم ذلك لا يكفي الاعتماد على اتباع القواعد التقنية فقط، على نحو إعادة التعبير اللفظي لما عبر عنه المريض بدقة. إذاً فضبط الذات من خلال التعبير عن المشاعر وميول التصرف (راجع التعاطف والكفاءة اللامركزية)؟ والضبط من خلال التغذية الراجعة (التشخيص المرافق والتسجيل بالفيديو أو الصوت) والإشراف الذاتي (مع استخدام أدوات موضوعية لضبط العملية) تعد ضرورية من أجل الخبرة في العلاج النفسي.

4.2- إيصال التعاطف

في التواصل التقليدي يتم بث الفهم بوساطة محتويات لفظية (تواصل رقمي)، أقل من بثه من خلال سلوك غير لفظي (تواصل قياسي). وفي ثقافتنا بشكل خاص يوجد ميل للإبلاغ حول الكيفية التي تعاش وتقيم فيها العلاقة مع شريك التواصل. ويغلب أن يحدث ذلك من خلال سلوك قياسي غير لفظي. فأثناء مناقشتنا لمشكلة لفظية على سبيل المثال نقوم ببث أننا نتحدث بسرور مع بعضنا البعض من خلال طبقة الصوت والتعبير اللطيف للوجه.....الخ.

وعندما تكون هناك مشكلة في التواصل فإنه غالباً ما يتم التعبير عن هذه المشكلة من خلال: طغيان مظهر اللغة على مظهر العلاقة: وهنا يتم إجراء الحوار مع مصروف انفعالي شديد. مثال ذلك تحديد مسألة السلطة في العلاقة من خلال نقاش موضوعي «المعالج على حق دائماً» أو في مسألة صراع السلطة عند المتعالج.. «إذا قال المعالج شيئاً يجب ألا يحدث، لأني في حال وافقته أكون قد تقبلت سلطته/ سيطرته».

من خلال عدم انسجام التواصل اللفظي وغير اللفظي ضمن مظهر العلاقة. مثال ذلك عندما يؤكد المعالج بغضب مكظوم وبصوت خشن وجبين مقطب، أنه يفهم المتعالج بشكل جيد.

التعاطف المتجه لفظاً ومضموناً

يتم تحقيق موقف التعاطف، أي سعي المعالج لفهم المتعالج واحترام مبادئه وتقبله كشخص من خلال مجموعة من التقنيات المنمية للعلاقة والتي تتمركز حول المحتويات اللفظية.

الإصغاء المتقبل

يبث المعالج للمتعالج من خلال الإشارات اللفظية وغير اللفظية الاهتمام بما يقوله... (وضعية جسدية مهتمة بالمتعالج، الصبر والصراحة والاهتمام والتعابير الواضحة للوجه والإشارات التي تؤكد ما يقوله المتعالج بأي شكل من الأشكال كهز الرأس،

«الهمهمة» المؤَكِدة ...«أجل» ...«نعم» ....«أها» ... الخ.

التعبير (الانعكاس، أو التصوير) وإعادة الصياغة

توجد أشكال أخرىٰ من الإشارات غير النوعية من الفهم تتمثل في التقنيات البسيطة للتعبير (للانعكاس أو التصوير) وإعادة الصياغة. فأبسط إمكانية للتعبير عن أن الإنسان قد فهم شيئاً ما هو عكس ما قيل، أي أن يعيد المرء ما عبر عنه الآخر، أي يكرره أو يصوره أو يعبر عنه، ويسأل فيما إذا كان قد فهم ذلك بصورة صحيحة... «هل فهمتك بصورة صحيحة؟» ... «هل هذا هو المقصود؟». أما المرحلة الأعلىٰ من الانعكاس أو التعبير أو التصوير فهي إعادة الصياغة أي التعبير عما قيل بالكلمات الخاصة. وتقوم هاتين التقنيتين علىٰ فرضية مبرهنة مفادها: إن مرسل الخبر وحده الذي يستطيع أن يقرر فعلاً فيما إذا كان المتلقي قد فهم ما قصد. إلا أن فهم المقصود كقاعدة لكل تفاهم يشترط القدرة علىٰ بث ما فهم علىٰ أنه مفهوم كما قصد به فعلاً. وبهذا ينشأ عند شريك النقاش الشعور أنه مفهوم.

التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية

يعني الفهم المتعاطف وضع النفس باستمرار في العالم الداخلي الراهن للمتعالج، واستحضار كل ما له أهمية بالنسبة للمتعالج وإعادة إخباره أو نقله ثانية بصورة دقيقة قدر الإمكان. ويعد التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية للمتعالج تقنية مبرهنة في التعامل مع تعبيرات المتعالج بطريقة بناءة قابلة للتعليم والتعلم. وتمكن هذه التقنية المتعالج من:

- التركيز المطرد علىٰ الخبرة الداخلية للمتعالج.
- التلمس المتدرج الاقتراب لإحساسه وتفتحه وبهذا التقييم لموضوع خبرته من جديد.
- الوصول من خلال العملية المتغيرة لإدراك الذات إلىٰ خبرة مُحَسنة ومنمية للذات.

مشاريع العلاقة التعاطفية المركبة

لا يتحقق التعاطف من خلال الفهم اللفظي-المضموني لتعابير المتعالج وحده، وإنما يتحقق كذلك-وذلك حسب شدة الاضطراب ونقطة بدء العملية- في مشروع علاقة المعالج المتمايزة والمختلفة، حيث يتصف هذا المشروع بالصورة العامة للاستجابة العلاجية أكثر من اتصافه بالمحتوى اللفظي.

وهنا يجب تنظيم عنصر الشكل اللفظي عندما تكون وظيفته أثناء بناء مساهمة علاجية كلية في التفاعل واضحة. وتستخدم استراتيجية التواصل العلاجي كل أقنية التواصل، علماً أنه يغلب أحياناً المظهر الشكلي للتواصل دون مراعاة التواصل المضموني.

فعلى سبيل المثال، يغلب أن تكون الكيفية التي يتم فيها التعامل مع الوسائل اللفظية أهم من محتوى الخبر:

يغلب أن يتم فهم التفاعل اللفظي للرغبة المخمنة في القرب الانفعالي المصاغ في جملة: «أحاول طوال الوقت إيصال اهتمامي العاطفي» على أنه: «ابق بعيداً عني» «مهما كان المقصود بذلك!».

يمكن أن تنشأ علاقة متساوقة من خلال استخدام مفاهيم اختصاصية وكلمات غريبة أو من خلال مدخل طويل في الحديث أو أسلوب غير شخصي في الحديث بغض النظر عن المحتوى.

ويستطيع المعالج توجيه تعاطفه نحو محتويات لفظية طالما عمل حساباً لميول السلوك والحاجات التي يملكها شريك التفاعل، الموجود بالفعل في العلاقة. ويتطلب الأمر توسيع المشروع العلاجي-التواصلي في اللحظة التي تنزلق فيها المقولات اللفظية للمتفاعلين مع سلوكهم المعتاد إلى النقيض- وهذا يحدث في حالة تجديد الصراع في علاقة ما بصورة حتمية إن صح التعبير- من خلال الحديث عن الملاحظات والانطباعات

المكتسبة تعاطفياً واستخلاص استنتاجات من خلال ذلك حول طبيعة العلاقة ونصيب شركاء التفاعل في ذلك (انظر ما بعد التواصل).

5.2- التفاهم حول موضوع العلاقة

مبادئ لتواصل المساهمات التي تساعد في تشكيل البؤرة

مما لا شك فيه فإنه عندما يسعى المعالج لفهم متعالجه أو يوصل له هذا الجهد ينشأ حدث علاجي أساسي نتيجة لهذا الجهد. ومن ناحية المظهر المضموني فإنه من المؤكد أن متابعة هذا الحدث المثبت أنه الحدث الوحيد المساعد حتى الآن، تمثل إشكالية. ذلك أن معايير الصدق المتعلقة بصحة أم خطأ البؤرة تتبلور في الممارسة العملية من خلال التطبيق. فحقيقة أن العمل بمشكلة معينة قد أدى إلى شفاء أو تحسين اضطراب عيادي ما لا يمكن تقييمها على أنها برهان علمي «لصدقه» (أنظر النقاش حول نجاحات ما يسمى بشبه العلاج وحول العلاقة بين النظرية والممارسة).

وعلى أقصى تقدير عندما يتم تركيب أجزاء معينة من بؤرة تم اختيارها بطريقة مشتركة.. (أعراض، .. موضوع علاقة «سابقة»... أو «حالية خارج العلاج»... أو «حالياً داخل العلاج»... الخ) في بؤرة ديناميكية تعبر عن ارتباط بين الأعراض ومشكلات سابقة أو راهنة في العلاقة والحوادث الراهنة في علاقة المعالج بالمتعالج فإن الحديث يأخذ طابع التفسير Interpretation أو الشرح (التفاهم حول قضية خلافية) Explanation ، أي يحدث وصف للمعاني والأسباب والعواقب وارتباطاتها.

ومن الممكن رفع المحتوى الواقعي لتفسير ما من خلال «البراهين»: كأن يصل الملاحظون المختلفون إلى نفس النتيجة، أو أن الارتباطات المتشابهة تقود دائماً للنتيجة نفسها، كأن تقود مشكلة العلاقة إلى تقوية للأعراض من جديد على سبيل المثال أو أن تقود الاختبارات الموضوعية إلى تأكيد الانطباع الشخصي..الخ.

إلا أنه في النهاية يمكن تجنب الأخطاء شديدة العواقب من خلال التحديد

الصارم لنصيب الحديث المتعلق بالاستنتاجات.

ومن هنا فعندما يعبر المعالج من خلال المشكلة الرئيسية المخمنة (سوف نستخدم فيما يلي من الحديث مفاهيم المشكلة الرئيسية ومشكلة العلاقة والبؤرة بصورة مرادفة) أو يظهر أحد مكوناتها أو كلاهما معاً، فعليه مراعاة الأسس التالية:

1- انطلق في بناء البؤرة من العرض وحاول ربط العرض مع الأحداث اليومية.

وتجنب هنا التفسيرات السريعة التي يبدو من الناحية النظرية أنها تربط بين العرض والمشكلة: المزاج المكتئب- صدمة، انفصال...الخ على سبيل المثال. وفي الواقع يمكن للمزاج الاكتئابي أن يظهر في سياق كل «الاضطرابات» الممكنة، التي يجب تحديدها واقعياً.

2- لا تعبر قدر الإمكان إلا عما سمعته أو رأيته أو استنتجته عاطفيا، ودع الاستنتاجات للمتعالج.

فالارتباط المتخفي غالباً ما يتجلى من تلقاء نفسه (راجع موضعة أشكال العلاقة الموضوعية في الفقرة ٣, ٥).

مثال: تعاني حسناء البالغة الثلاثين من العمر وتعمل في مهنة أكاديمية من اضطرابات شديدة في العمل تتمثل في الدرجة العالية من عدم القدرة على اتخاذ القرار ومشكلات في التركيز ومشكلات إدراك. كانت البؤرة الأولية عند بدء العلاج (عبارة عن وصف المواقف المثيرة للأعراض):

ظهر الاضطراب عندما تسلمت الوظيفة الأولى التي تتطلب منها مسؤولية ذاتية ومحددة. لقد كانت حسناء تشك دائماً بصلاحيتها المهنية (شك غير قادم من مصدر خارجي). وقد امتهنت مهنتها حباً بالأهل وتحقيقاً لرغبتهم. وفي الجلسات العلاجية الأولى احتلت الصراعات الزوجية الشديدة مركز الصدارة. فبعد الزواج بفترة قصيرة أرادت الطلاق، ولكنها استمرت بسبب الطفل. ومنذ ذلك الحين كانت هناك أحداث ومشاهد غير سارة. فقد حاول الزوج باستمرار صرفها عن المهنة «كند للأب». وقد

اعتمدت البؤرة على أن المتعالجة قد أغرقت نفسها بميول متناقضة بشدة: فهي ترغب من جهة بتحرير نفسها من التعلق والواجبات تجاه الأهل والزوج، إلا أنها ترى المخرج من خلال التخلي عن الموقع الحاصل ضمن هذه الواجبات كزوجة وكسلطة مهنية مسؤولة. إنها تخاف من النتيجة (النتيجة الخارجية الحتمية): فقدان الدعم الأسري (الاهتمام...الأهل..الطلاق..الخ) وتخاف كذلك (النتيجة الحتمية الداخلية): المواجهة التي لا تطاق مع القلق الذي يظهر عندما تفكر أنها ستكون فعلاً مسؤولة شخصياً عن نفسها وعن قراراتها.

وقد نشأت في ذهن المعالج الفرضية التالية:

إن العرض عبارة عن خطوة في طريق تحاشي المسؤولية، أي تحاشي الموقف المثير للقلق. إلا أنه يبدو أنه من المشكوك فيه جداً فيما إذا كانت متغيرة حل المشكلة البسيطة المشار إليها بالعرض تساعد المتعالجة فعلاً، ذلك أن إشكالية تعلقها الواقعي المستمرة تحل ظاهرياً فقط من خلال القيام بعمل ضد تعلقي (معاكس للتعلق)، كأن تتجنب مثلاً إتباع الرغبات المخمنة للآخرين وعدم متابعة أهدافها النهائية الخاصة كذلك. ومما لاشك فيه فإن هذا الطموح بالتخلص من واجبات المهنة يخفي عجز المتعالجة عن تغيير علاقاته بزوجها وأسرتها بشكل بناء.

إن تفسير الحدث في هذه التركيبة لن يكون عديم المعنى فحسب بل سيكون ضاراً لأن المتعالجة قد عكست حتى الآن حيرتها في سياق الأعراض؛ إلا أنها لم تستطع بعد الحديث عن تعلقها الفعلي بالأشخاص الحاليين والسابقين وسوف تكون مجبرة على التعبير عن طريق الأعراض بشكل أقوى. إنها لا تدرك سوى طموحها المتمثل بالخروج من الواجبات/ العلاقات.

في هذه الحالة تمايزت البؤرة من خلال الاستجابات التعاطفية القائمة على ما عبرت عنه المتعالجة. وقد حددت هذه الاستجابات الرغبات والنتائج المتناقضة:

- فهي تريد من جهة التحرر من الأشخاص والواجبات الملزمة. ومن ناحية أخرىٰ لا تريد تقرير ما يناسبها وحدها.
- ونتيجة لذلك تبحث عن أشخاص جدد، كالمعالج الذي أصبح الآن شخصاً مهماً.

ودون شك فإن الفرضية الأولىٰ بشقيها قد نشأت من المتعالجة نفسها، وقد سمعها المعالج مرات عدة، أما الفرضية الثانية، المتمثلة في التعبير عن بحثها عن العلاقة المفقودة والمحررة من المسؤولية، فناتجة عن ردة الفعل التعاطفية للمعالج علىٰ المتعالجة، أي الإجابة عن السؤال الذي طرحه المعالج عن نفسه: إلىٰ أين تريد المتعالجة إيصالي؟. واستخدام هذه المساهمة الشخصية يجب أن ينتظر حتىٰ يتم توفر دلائل عينية كافية لوجود مثل تلك الرغبة وحتىٰ لا يعتبر التعبير عنه هو صد لهذه الرغبة. ويتسنىٰ تناول مثل هذه الجزئيات عندما يتم التوصل للنتيجة «وها أنا أريد أن يقول لي المعالج ما الذي علي فعله للخروج من الورطة» من المتعالج نفسه.

3- اختبر كل تفصيل بأن تخبر المتعالج عما فهمته وأن تحترم هذا التفصيل باعتباره مساهمة منه:

حاول المعالج في المثال السابق من خلال تقرير المتعالجة استنتاج أجزاء متفرقة للبؤرة أكثر تحديداً. فالرغبة في تحرير نفسها من «العلاقات المزمنة» تتضمن الكثير من الوقائع علىٰ سبيل. وهذا يعني رمي قواعد الأب في التصرف والتي تكرهها وفي الوقت نفسه تتبعها بصورة دقيقة، وتجنب المطالب الجنسية للزوج والتي تشعر بأنها مهينة، ورمي الحمل الثقيل الذي لم تختره هي بنفسها.....الخ. ويتطلب فهم الجوانب المُخَفِفَة المرتبطة بذلك وازدواجية هذه الرغبة عمل متفهم مشترك مصبوغ بالصبر.

4- لا تعط تفسيرات وإيضاحات معقدة. فأجمل نموذج تفسير لا يفيد إذا لم يتم بناؤه بشكل مشترك:

إذا تم بناء التفسير بشكل مشترك لن يحتاج المتعالج لتفسيرات واسعة.

5- لا تجر وراء كل تفصيل:

فإذا كان هذا التفصيل جزءاً من البؤرة فعلاً فسوف يدور الحديث حوله في إطار «مبدأ السيادة» Prevalence Principle، أي في إطار الوضع أن مشكلة العلاقة المهمة يتكرر ظهورها بكل تفاصيلها.

6- إذا لم تفهم شيئا، عليك عدم التظاهر وكأنك تعرف عما يدور الموضوع:

غير أن الصمت ليس الإمكانية الوحيدة للاستجابة. فإذا تولد لديك الانطباع أن صمتك يحير المتعالج فوضح له لماذا لا تقول شيئاً. ومع الوقت سوف يشعر المتعالج بقليل من الإعاقة عندما لا تتحدث.

7- اترك الوقت الكافي للمتعالج من أجل التعبير عن مشكلته.

عليك الاستماع أكثر من الاستجابة وبشكل خاص في الدقائق الخمس أو العشر الأولى من كل جلسة. وفي الدقائق العشر الأخيرة من الجلسة بشكل خاص عليك عدم التطرق لما برز من مظاهر جديدة لمشكلة المتعالج ولا تستطيع مناقشتها لضيق الوقت. في بعض الأحيان تكون كثير من الارتباطات قد أصبحت منذ مدة مألوفة بالنسبة للمتعالج، ورغم ذلك فإنه ضمن ظروف معينة وبسبب طابعها الصراعي المتناقض لم يتمكن من فهمها انفعالياً بشكل كامل بعد. وعادة ما يتمكن المتعالج بالتدريج من تحمل التوترات الناجمة عن الميول المتناقضة المرتبطة بالإدراك الكامل للموقف، أي إدراك التناقض الداخلي.

ومن خلال ذلك يمكن اشتقاق المبادئ التالية:

8- اختر مما تم فهمه ما يبدو أنه كاد أن يصبح أو سيصبح أو ما يشير إلى أنه على علاقة بالمشكلة الرئيسية أو بمشكلة العلاقة.

فإذا لم يتسنَ لك إيجاد هذه العلاقة فيما أخبرك به المتعالج وفيما فهمته انفعالياً، فلا بد وأن يكون هناك شيئاً ما ليس على ما يرام: فإما أن يكون في صياغة المشكلة الرئيسية أو مشكلة العلاقة، أو أنك لم تتناول مستويات العلاقة أو الإطار الصحيح للمشكلة. ويحتمل أن يكون الحال الأخير هو الأكثر ملاحظة. لنعود إلى مثال حسناء السابق: فقبل الجلسة الثالثة بدت مشكلة العلاقة على النحو التالي تقريباً: «أريد أن أخرج من هذه العلاقة التي تلزمني باستمرار بتصرفات غير مقتنعة بها ولا أستطيع التغلب عليها أو مواجهتها ولكني سوف أفقد كل ارتباط بالأسرة ولا أعرف في الحقيقة ماذا سأصير وأحتاج لشخص ما يقول لي ماذا علي أن أفعل». ففي هذه الجلسة روت المتعالجة أحداثاً طفولية، وتطرقت إلى حد ما إلى موضوع منافستها مع أختها التي كانت تعرف كيف تحظى باهتمام الوالدين ورعايتهم، دون أن تترك للمعالج فرصة المشاركة. وتحدثت بتفصيل عن لعبة الطبيب الجنسية مع مجموعة من الأطفال التي مازالت تثير لديها مشاعر الذنب.

في هذه الحال تم الاقتراب على الأقل من نقاش تركيبة الأسرة – الأخوة حيث أمكن من خلال ذلك نقاش مظهر الإلزام، أي الاهتمام الوالدي المؤدي إلى «إلزام الذات على الإنجاز».

وتكمن ميزة التمركز حول البؤرة أو حول موضوع الصراع- العلاقة الرئيسة في أنه تصبح العملية بهذه الطريقة واضحة للمتعالج كذلك، لأنه يحافظ مع الزمن على موضوع مشترك من المساعي. وعلى الرغم من أن هذا الموضوع المشترك من المساعي يتجلى باستمرار بوجوه جديدة إلا أنه يحافظ على هويته.

9- تمسك دائما بما تم فهمه بصورة مشتركة

ويوجد هنا خطان اثنان ينبغي ملاحقتهما:

الأول: إضافة عنصر جديد للبؤرة:

يعد إتمام البؤرة الدينامية من خلال مشكلة العلاقة بالمعالج، أي «في الوقت الراهن في المعالجة» مهماً بصورة خاصة. في البداية يغلب في العادة أن يتم فهم المشكلة من خلال مجرىٰ علاقة المتعالج-المعالج بشكل نصفي.

ففي مثالنا السابق أمكن طرح موضوع العلاقة المتناقضة بالأب والزوج والمتمثل في: «أريد أن أصبح أكثر استقلالية إلا أني أخاف من فقدان السند»، في حين كانت العلاقة بالمعالج لا تظهر إلا الجانب الإيجابي فقط: «أشعر أني أكثر تحرراً، وعلىٰ الرغم من ذلك فإني أكثر ثقة لأنني (ما زلت) أعتقد أنك تستطيع حل مشكلاتي بصورة أفضل مني. ومن هنا فالعلاقة تشبه العلاقة التي كانت قائمة مع الأب (وربما كذلك مع الزوج في البداية)، عندما كانت وظيفة الحماية النابعة من هذه العلاقة شغالة بعد».

وعلىٰ الرغم من أن البؤرة الجزئية «في الوقت الراهن في العلاج» لم تحتو بعد علىٰ «صراع كلي للعلاقة»، إلا أن البؤرة تظهر دينامياً: فقد تجدد مظهر مهم من واقع ذا أهمية مرضية للعلاقة. ففي هذا التعلق المعاش بصورة إيجابية زال العرض! وأمكن فهمه بصورة مشتركة.

الثاني: علىٰ الرغم من أن العنصر الجديد يفيد في تمايز البؤرة التي اكتملت إلا أنها ما زالت بنيتها هشة:

ففي مثالنا أمكن تحديد أو تمييز البؤرة الجزئية «في الوقت الراهن في العلاج»، بمقدار ما أمكن تحريك النمط المتعلق لبعض الوقت «مريض نكوصي- معالج نامي». كان اشتداد العرض إشارة تنبيه أولىٰ إلىٰ أن العلاقة علىٰ ما يبدو قد فقدت جزءاً من وظيفتها الحامية، أو أن استمرارها علىٰ هذا الشكل غير ممكن. ومن خلال التمسك «بالتشكيلة الطيبة» للعلاقة التي تمت حتىٰ الآن أمكن الآن الحديث عن المركبات

المُضَيِّقة والمُخَيِّبة. لقد تجدد الصراع في العلاقة العلاجية ومن ثم أصبحت البؤرة قابلة للتحديد أو للتعريف من جديد.

10- تذكر أنه في مجرى العلاج النفسي لا تتغير المشكلة، أي أن حدة صراعات الواقع الكامنة التي تتضمنها المشكلة لا تتبدل، وما يتغير هو الأسلوب الذي يتعامل فيه المتعالج مع المشكلة في علاقاته.

فهناك علاقة جدلية بين الإطار الفردي المتغير للمشكلة والتفاعل المتغير. وتتحدد العلاقة المتبادلة هذه في عملية العمل المتواصل: يظهر التعامل المضموني مع المشكلة بصيغة ما في إمكانات وأشكال جديدة للتعامل المشترك معها (أي في طبيعة العمل العلاجي). وهكذا تتجلى باستمرار حقائق جيدة لعلاقة المعالج بالمتعالج تتيح أطراً متبدلة للمشكلة.

وتحدد الخوارزمية المتمثلة في:

- تحديد مشكلة العلاقة
- التفاهم حولها
- تعديل الإطار المرجعي
- تحديد مشكلة العلاقة المتبدلة

عملية لولبية يطابق فيها كل تعامل لولبي أعلى، مستوى جديد من التعامل المشترك مع المشكلة (أنظر مبادئ التعديل في الفقرة ٣ من هذا الفصل).

6.2- تحقيق العلاقة الداعمة

نقتبس بعض التقنيات التالية من لوبورسكي. فقد استنتج علاقة وثيقة جداً بين النتيجة الإيجابية للعلاج والانطباع الشعوري المنعكس عن الطبيعة المساعدة للعلاقة

عند المتعالج.

وقد ميز لوبورسكي بين نمطين من الكيفية التي تعاش فيها المساعدة:(النمط١) الذي يبوءِر بوضوح خبرة أن المعالج يقدم المساعدة وأن المتعالج قد تقبلها. و(النمط ٢) الذي يعيش التعاون المشترك مع المعالج بصورة أساسية، أي يخبر المساعدة من خلال الجهد المشترك. ويشير لوبورسكي إلى أنه في مجموعة نتائج العلاجات الجيدة قد ساد النمط الأول في الجزء الأول من العلاج والنمط الثاني في الجزء الثاني منه. وهذا يعكس اتجاه العملية المستنتجة في نموذجنا الخاص المعروض في الفصل الخامس، في تطور العلاقة العلاجية من شكل علاقة يسود فيها التكامل والتساوي بصورة غالبة إلى علاقة يسود فيها التكافؤ والتساوي بصورة أكثر، مع العلم أنه من المفترض أن يعاش كلا الشكلين بطريقة إيجابية.

وسوف نقوم هنا بعرض بعض التعليمات التقنية عند لوبورسكي والتي تتصل بمحتويات مباشرة من التواصل. بالإضافة إلى ذلك يشير لوبورسكي ضمن هذه التعليمات إلى أهداف مركبة أيضاً حول كيفية إيصال التفهم والتقبل أو الحفاظ على دفاع المتعالج والذي تعرضنا له بشكل مفصل.

إرشادات تقنية حول تقوية خبرة المساعدة وفق النمط الأول:

(يعاش المعالج مساعداً ويعيش المتعالج نفسه متقبلاً للمساعدة)

1- أوصل الانطباع للمتعالج بالسلوك والكلمات أنك تدعم رغبته في تحقيق أهداف العلاج

وهنا ينبغي التأكيد أن تلك الأهداف هي أهداف المتعالج. ومن هنا ينبغي وبشكل خاص في بداية العلاج الاتخاذ من تحسن الأعراض أو من نشوء إدراك ما مناسبة للإثبات للمتعالج أن هذا حصيلة الجهود المشتركة التي قمتم بها حتى الآن...«لقد كان

في نيتك أن تتقدم للأمام وها أنت ترى أنك قد خطوت خطوة بالفعل».

2- نمي شعورا بالتعاطف تجاه متعالجك

على المعالج أن يحاول إيجاد السمات التي تجعل من المتعالج لطيفاً ومهماً وجذاباً. ويفترض لهذه النصيحة ألا تسهم في رفع الدافعية الداخلية للمعالج من أجل التقرب الشخصي من المتعالج فحسب، الذي دونه لا يظهر شعور المتعالج بأنه مدعوم شخصياً، وإنما يجب أن يساعد المعالج على ضبط النقل المعاكس السلبي والإيجابي.

يصعب في بعض الأحيان اكتشاف شيء ما في الآخر يثير مشاعر التعاطف. كما أنه لمن الصحيح أنه يوجد شيء من النفور الذي يصعب التغلب عليه له علاقة في العادة بأحداث تاريخية-حياتية متمثلة أو غير متمثلة. غير أنه يمكننا الانطلاق من أن كل إنسان يمتلك سمات تجعله جذاباً وعلى المعالج استحضار هذه السمات في وقت مبكر قدر الإمكان من أجل التمكن من حصول مقدار كاف من الاستعداد للتقرب الشخصي.

3- امنح المتعالج شعورا واقعيا من الأمل بأن أهداف العلاج ممكنة التحقيق

تقوم هذه الحقيقة على أساس علمي ثابت مفاده: إن العلاج النفسي يؤثر.

4- عبر في كل مناسبة عن موقفك من أن العملية العلاجية تسير في أطوار متعددة وأنه يجب اجتياز الكثير من الخطوات على هذا الطريق.

لا تُكره نفسك أو تجبر نفسك على الإنجاز، وإنما أخبر متعالجك عما تم تحقيقه وأين أنتما الآن وإلى أين تتجهان. فأغلب المرضى المكتئبين وشديدي الاضطراب وأولئك الذين يمتلكون خبرات سلبية فيما يتعلق بالعلاج الطبي يواجهون معالجهم في بعض الأحيان بأنه لا يمكن لأي شيء أن يساعدهم.

وكثيراً ما شهدتُ كيف يمكن لهذه المواقف عند المتعالجين أن تهز ثقة المعالج بالاتجاه المتبع وبشكل خاص في حالات عسر المزاج الشديدة في أثناء العلاج أو في

حالات الركود الطويل للعملية . ويقترح لوبورسكي الطرق التالية للتعامل مع مثل هذه المواقف والتي نقتبسها هنا مع تعديلات بسيطة:

أ - تذكر أنه لا يمكن تجنب مثل هذه الأطوار. فالتقدم في العلاج النفسي لا يسير بصورة مستقيمة وإنما على شكل وثبات في بعض الأحيان. توقع وجود تراجع وانتكاس من حين لآخر.

ب- ثق أنه بعد وقت سوف تتجلى أسباب التراجع أو عدم التقدم، إذا استمر المعالج والمتعالج على مبدأهما. وسوف يعود الأمل والتفاؤل لكلا الطرفين من جديد عندما تظهر أوجه جديدة.

ج- ابحث عند استمرار الركود مع زميلك أو مشرفك وتحدث معه في الموقف حتى لو كنت تعتبر نفسك خبيراً.

د- فإذا لم تستطع رغم كل الجهود مساعدة متعالجك فهذا لا يعني أن معالج آخر لا يستطيع مساعدته. حاول عندئذ تنظيم شكل آخر من المساعدة العلاجية.

إرشادات حول تسهيل خبرة شكل أكثر تكافؤاً من العلاقة من النمط الثاني

1- قم بإبراز الطبيعة المشتركة للبحث عن التفهم عند صياغة البؤرة أو عند صياغة مشكلة العلاقة على سبيل المثال.

يعد «عمل الفهم» من جوهر العمل العلاجي. ويعني الفهم في العلاج النفسي دائماً أن أطر كلا الشريكين تقتربان من بعضهما إلى موضوع واحد وتشكل معنى وأهمية مشتركين. يمتلك هذا الحادث وظيفة داعمة بارزة تتيح للمتعالج والمعالج أن يشعرا بأنهما يشتركان في بناء عملية مثمرة. ومن خلال تحديد الأهمية المشتركة أو استردادها وبالتالي امتلاك شريك موثوق يتم تعزيز خبرة الاكتساب المتزايد لضبط الواقع وتعزيز الشعور بالذات ورفع قدرة التثبيت الذاتي للمتعالج. وتعد هذه الوظيفة الداعمة لحدث

الفهم مستقلة زمنياً عن حقيقة ما فُهم. وكلما شجع المعالج على أساس تعاطفه عملية الفهم بشكل أكبر (الفقرة 4.2)، أي كلما استند على الظواهر المباشرة الموجودة واقعياً في العلاقة كانت فرصة أن يدرك المتعالج إمكاناته بالمساهمة في رسم هذه العملية أكبر.

2- ادعم «شعور النحن» داخل العلاقة العلاجية

غالباً ما يلاحظ المعالج بصورة أبكر من المتعالج نفسه تزايد مبادرة المتعالج في مواجهة المشكلات التي تبرز في العلاج. ويعزز التأثير الراجع لهذا الانطباع المتعالج على فهم دوره في التعاون بصورة أكثر فاعلية وعلى أنه مساو في الحق وعلى فهم النتائج المتحققة بأنها نتاج للمساعي والجهود المشتركة. ينبغي في كل طور من أطوار العلاج تحديد مدى إسهام المتعالج عند تحقيق هدف جزئي. إن التركيز على الطبيعة التعاونية للعلاج تمنع التعلق الزائد وتخفف من خطر النكوص الضار.

3- أوصل للمتعالج المعرفة: أنك أنت وهو تعملان بصورة متزايدة بالوسائل نفسها!

يوسع التواصل العلاجي القدرات التعاطفية والانبساطية للمتعالج. إنه يبني «كفاءاته اللاتمركزية» ويستطيع ملاحظة سلوكه الخاص من منظور آخر ويتواصل «بما وراء التواصل» من خلال العلاقة. وعلى المعالج أن يتطرق في المحادثة من وقت لآخر إلى هذه الملاحظات كدلالة على الطبيعة التكافؤية لعلاقة العمل. ويمتلك هنا الأسلوب الفردي في كيفية استخدام المتعالج لهذه القدرات أهمية خاصة، وينبغي احترام هذا الأسلوب وتشجيعه.

4- استند بين الحين والآخر، وخصوصا في المواقف العصيبة، إلى الأطوار الحرجة التي تم تجاوزها حتى الآن معا وعلى الخبرات المكتسبة فيها حول كفاءة علاقة العمل.

«...هذا النوع من المشكلات ليس جديداً علينا، لقد واجهنا سابقاً موقفاً عصيباً

مشابهاً...».

5- تجنب كل التعابير التي تعطي المتعالج الشعور بأنه قد لا يكون محترما كشخصية!

نشير هنا إلى «عيوب إدارة المحادثة» والتي ترجع إلى اتجاه المعالج ومفهومه حول الإنسان: سلوك تقليدي للأدوار، سلوك سلطوي، عدم الاهتمام، الاستئثار، التعصب. ومن المثير للدهشة قلة ما يعرفه المعالجون الذين لا يستخدمون التغذية الراجعة لسلوكهم العملي حول أسلوبهم في التواصل (من خلال التصوير بالفيديو وتسجيل الجلسات على كاسيت والملاحظة الخارجية والتسجيل بالكتابة وما يشبه ذلك). إنهم غالباً ما لا يلاحظون سلوكهم البطريركي أو العمومي أو الخالاتي وغالباً ما يستهان بمدة الحديث الذاتي. والمواجهات غير المباشرة (أو الأقل مباشرية) والتي يندر أن يتمكن المتعالج من مواجهتها والتهكمات المبطنة والمزاح على حساب المتعالج بشكل خاص تكون شديدة الأثر عليه.

6- حافظ على قواعد التعاون والمحادثة المتعلقة بالعلاج النفسي كي يتحقق التفاهم من خلالها!

ليس النقاش والحديث في العلاج النفسي محاكمة ينبغي فيها على المتعالج الإقرار بكل شيء كالمتهم وإعطاء كل المعلومات دون الحصول على معلومات. تقضي القواعد الإلزامية العمة في التعامل المشترك أن يتم الإجابة عن التساؤلات.

3- تمايز التفاعل العلاجي

1.3- مدخل

قمنا حتىٰ الآن بمعالجة مساهمة المعالج من ناحيتين: كيف يتم تحقيق الشروط بحيث يستخدم المتعالج «كفاءة تنظيم» المعالج؟ وكيف يتم تسهيل بناء علاقة تكاملية(١)؟

أما في هذه النقطة فيتعلق الأمر بالكيفية التي يستطيع فيها العلاج النفسي الإسهام في تغيير تلك الاستراتيجيات التفاعلية التي تجمِّد المتعالج في موقع نكوصي (والمعالج في موقف تكامل مشابه)، يعيق التمايز اللازم للعلاقات العلاجية وعلاقات أخرىٰ.

ولا يعود هدف التصرفات التفاعلية «المضرة بالتغيير والمعيقة له» من هذه الناحية «تعويض نقص الكفاءة» – عدا عن أنها لم تكن كذلك على الإطلاق- وإنما تتصف بتوفير وسائل التصرف من أجل ضبط الموقف (توسيع وظائف الانعكاس أو التعبير الذاتي أو «الإرشاد» إلىٰ إمكانات دمج أجزاء الواقع «الداخلي» و «الخارجي» التي تم صدها حتىٰ الآن في مفهوم الذات ومفهوم الموقف).

وبضبط الموقف، من خلال تسهيل استخدامها في علاقة المتعالج-المعالج (تسهيل البدء من جديد وتنمية الاستقلالية وإنشاء أشكال علاقة متساوية).

ومن أجل تجنب سوء الفهم يجب التأكيد علىٰ أن الصفة الداعمة التكاملية لعلاقة التعاون العلاجية لا يتم فقدانها في الأساليب العلاجية المصممة بهذا الشكل وإنما تتجلىٰ هذه الصفة بشكل آخر.

(١) توجد حلول جديدة مرتبطة بالأشكال الجديدة من التعاون. فمن أجل نشوء أشكال جديدة من التعاون ينبغي تذليل الكثير من المعوقات وتجاوزها. وكما هو الحال في الحياة عموماً فإن البدء من جيد ليس هو المعيق، بل المعيق هو الأسر في الأشكال المعتادة من القلق وارتباطاته. وفي العلاقة العلاجية تعد هذه الأشكال نماذج تضعف أشكال العلاقة التكاملية الداعمة من خلال تطويقات فقيرة المعنىٰ وباردة وظيفتها منع النفوذ إلىٰ الواقع.

2.3- تشكيلات المشكلة الثنائية (المحك، التواطؤ، تهدم العلاقة)

مع تقدم العلاج، أي مع التركيز المتزايد المشترك على المهمات العلاجية تتفتح وتتشابك عاجلاً أو آجلاً الأشكال المختلفة (بنى المعايير) لصد أطر المتطلبات تلك ومواجهتها. ويتم إدراك انحراف الآخر عن المعايير الذاتية «في العلاقة الجيدة». ويمكن محاصرة المخاوف والتوترات الناشئة بناء على المساعدة المتبادلة في العلاقة. وبما أنه تتوفر هنا الفرصة من أجل إدراك الفروق الواقعية الموجودة ومن أجل إدراك نسبانية بنى المعايير التابعة لذلك فإنه يمكن للعلاقات أن تتمايز. وينبغي على المعالج أن يكون قادراً على التفاهم مع المتعالج من خلال النقاش أو وضع معايير تكوين العلاقة التي تكون مفيدة لكليهما. ومع ذلك فسوف ينزلق ولو لفترة عابرة على الأقل إلى نماذج محددة من الركود والجمود أو أنه يمكن للجمود أن ينشأ مع العلاقة (أنظر الفقرة 3.2).

وقد وصف باوريدل Bauridel هذا الحادث كالتالي: «يعد التشتت مبدأ كل اضطراب في العلاقة». فالتقاء بنيتين مختلفتين المعيار مع بعضهما يثير القلق من خلال أن كلتا البنيتين توضعان موضع الشك. ولا يقود هذا القلق في العلاقة المضطربة إلى تقديم المساعدة المتبادلة من خلال التواصل وإنما إلى صد التقارب. فكل طرف يحاول إنقاذ نفسه، باستخدام بنية معياره ضد الآخر بصورة مطلقة.

وتأخذ العلاقة غير الجدلية الصادة للتوتر الموجود صيغة: إما أنا أو أنت. ومن أجل عدم فقدان التوازن في الاتصال مع شريك التواصل يتم كبت هذا الشريك من الخبرة بشكل جزئي أو كلي. ويتم اعتبار البنية الداخلية إسقاطياً بأنها مناسبة للآخر. وتحت شعار «أنا أعرف من أنت، وما المناسب والصحيح بالنسبة لك» يتم استخدام الآخر من أجل موازنة التوازن الذاتي المُهدد.

وهذه الظاهرة المتمثلة في أن كل واحد يقاوم في الآخر ما لا يستطيع هو تحمله في ذاته نعتبرها دليلاً على مبدأ كل اضطرابات العلاقة. إلا أن الشرط لمثل ذلك التعميم هو ألا يبقى هذا المبدأ مقتصراً على مستويات السلوك وإنما يشكل خبرة العلاقة

الشعورية واللاشعورية.

فلنتذكر أنه في هذا الحادث لا يتم تجنب العلاقة بل العنصر المحافظ في كل علاقة، وأنه يسود في هذا الحادث التمسك بنظام معايير مشترك، يخفض التوترات الزائدة في العلاقة. وهذا يعني «الدفاع من خلال بناء معيار مشترك». وفي هذا النظام يستغل كلا الطرفين بعضهما بصورة متبادلة لإبعاد مظهر محدد من الواقع. وتكون المواقع هنا محددة: الطرف الأول هو النكوصي والمتعلق والسلبي والمعاني بينما يكون الطرف الآخر هو النامي والمستقل والفعال والسليم. وقد وصف فيللي هذا النمط بالمتواطئ Collusion حيث يحقق فيه كل طرف موقعاً ووظيفة ثابتة على شكل دفاع مشترك ضد أطر الواقع المقلقة.

أشكال التواطؤ

يحصل ما يسمى بالتواطؤ النرجسي لأن الأول يبحث عن ذات بديلة في الآخر، ويكون الآخر مستعداً لأن يأخذ دور الشريك الرائع والمثالي.

الأول يعظم الآخر بحماس لروعته والآخر يسمح بهذا التعظيم.. وبمساعدة الشريك «الرائع» يستطيع الآخر تجنب المواجهة مع ذاته الخاصة وتجنب العيش بهويته الذاتية. ويكون الآخر في وضع المحافظة على التصورات غير الواقعية (ومن هنا المهددة باستمرار) لحجمه الذاتي واستبعاد الضعف الذاتي عن الإدراك.

إمكانية الصراع في هذا النوع من التواطؤ النرجسي:

لا يمكن لهذا التصنع المبالغ به أن يستمر طويلاً، إذ ينمو لدى الشريك سعي نحو تحقيق ذاته الخاصة. وهنا يتعرض استقرار الجهاز للخطر. وهذه الإساءة تفسح المجال لنمو برودة قاسية. (فخلف الواجهات الباردة تجيش معاناة عنيفة من الكره، ويراقب الشريكان بعضهما في أفعالهما وتأملهما متستران بموقف لا مبال).

1- التواطؤ الفموي

يتمركز هذا النوع من العلاقات حول موضوع «الرعاية». وهنا يتم بناء علاقة (الأم) و(المحتاج للرعاية): وبما أن المحتاج للرعاية يتصرف بشكل يعبر فيه عن حاجته للرعاية فإن (الأم) تتصرف بشكل مقدم للعطف والحب والحنان وبالعكس. ويتم هنا الصد المشترك لتبادلية الرعاية: (فالأم) تكبت حاجتها للرعاية والمعتنى به يكبت واجباته الخاصة في رعاية الشريك.

ومن منطق هذا التواطؤ هو أن (الأم) تساعد المعتنى به إلى درجة تجعله أكثر عجزاً، والآخر يطلب المزيد.... مما يجعل التوتر يكبر أكثر ... فيرهق (الأم).

إن هذا النوع من المساعدة يعبر عن صد الحاجات الخاصة للرعاية والمساعدة... وأخيراً تقترف (الأم) الخطيئة الكبرى في هذا التواطؤ...إنها ترفض إعطاء شيء ما للرضيع، فيتمرد الطفل وينكر الجميل....وهكذا ينشأ في حالة الصراع هذه نموذج الاتهام....(الطفل لا يشبع أبداً وجاحد... و "الأم" لائمة ورافضة)

2- نموذج التواطؤ الشرجي- السادي

يتمثل هذا النموذج من خلال (الاستقلال والسيطرة). والسؤال هو إلى أي مدى يتم السماح للشريك بالتعبير عن المساعي المستقلة له من دون أن تتمزق العلاقة، وما هي إجراءات الضبط والقيادة التي ينبغي من خلالها تحقيق التعلق والأمن المتبادلين في علاقة الشراكة؟

ويعتقد بأن هذا الشكل هو التركيبة المشكلة الأكثر ملاحظة في العلاقات.

وفي هذا الشكل من التواطؤ ينشأ (مسيطر مستقل) وتابع مرؤوس) في العلاقة. فالمسيطر ينشغل بقلق الانفصال لديه وبرغباته في التعلق على حساب المسيطر عليه، وهذا بدوره يكبت رغباته الاستقلالية.

وتتضح مشكلة الشريكين بصورة خاصة في تواطؤ الغيرة- وعدم الإخلاص، حيث يعيش فيه المخلص رغباته في التحرر والغيور قلق انفصاله. ومن خلال التواطؤ يصبح بالإمكان صد الحاجات المهددة من خلال تضخيمها عند الشريك. فالغيور يتحرر هنا من التركيز على طموحاته الخاصة في الاستقلالية وغير المخلص يزدري قلق الانفصال عند شريكه....

٣. التواطؤ القضيبي

ويهدف هذا التواطؤ إلى الصد المشترك للاتجاهات المضادة للمجتمع بمقتضى الدور التقليدي: فالرجل يصد مطالب دوره السلبية- الأنثوية ، والمرأة تصد مطالب دورها الذكوري – الفعال. وهنا تتم دائماً المحافظة على التصور أن الرجل هو القوي دائما والقائد والمرأة هي الضعيفة وأنها بحاجة للقيادة. ومن خلال هذا السعي الدائم لتحقيق هذه التركيبة تتم إعاقة أن يتعلم الرجل رؤية سلبيته وضعفه وحاجته للمساعدة والمرأة حاجتها للنشاط والقوة.

إن عجز الأطراف عن تحمل الصراع بين الحاجات المتناقضة أو مع توترات الميول المزدوجة المترافقة مع حاجاتهم في العلاقة وعجزهم عن تحديد الصراع وعن حله يقود إلى الوقوع في مصيدة العلاقة . ويمكن وصف هذا التواطؤ الموصوف أعلاه بعبارة:

الشريك المعني يتمنى ويخاف. إنه يتمنى أن يعيش ذاته وأن يدير أموره مستقلاً وأن يتحمل المسؤولية وأن يفكر بنفسه .....الخ، ويخاف في الوقت نفسه من كل هذا.

وفي الواقع فإن كل شريك يأخذ الدور المرغوب به من قبل الآخر ولكن ما يخشى منه هو الميل المزدوج الموجود لدى كل شريك (على نحو: أنا أرغب بالشعور بأنني قوي ومستقل ولكن أيضاً بأني متعلق وضعيف)، حيث ينقسم الشركاء إلى قطبين ويتفقان لا شعورياً أيهما سيمثل القطب الآخر. وهذا أمر يمكن ملاحظته في كل العلاقات السوية بلا استثناء ولكن قد يتحول الأمر إلى مشكلة ذات قيمة مرضية عندما يتم الحفاظ على

استمرارية الوظائف والمتطلبات لمشتركة بعناد وعندما تتم إعاقة المشاركين في هذا النوع من التسوية في إمكانات نموهم ومجالات تصرفهم بدرجة كبيرة.

وتوجد مجموعة من العروض الإشكالية للعلاقة التي تعد مقبولة أو يمكن قبولها ومنها مثلاً:

- «أريد أن أتمكن من الشعور بأني كبير وذو أهمية ولكن لا أريد في الوقت نفسه أن أظهر ما يمكن له أن يكبر التباعد عن الآخرين». ويبدو هذا ممكن التحقيق من خلال التماهي مع شخص «عظيم».
- «أريد أن أكون سلبياً ومعتنىٰ بي، ومع ذلك لا أريد أن أملك الشعور بالاعتماد علىٰ الآخرين». لا تترك الأم «الطيبة» مشقة العناية تبدو عليها.
- «أريد أن أكون مستقلاً وغير متعلق علىٰ ألا أشعر بالخوف من تحمل المسؤولية والإحساس بمخاوف فقدان العناية بي». قد يكون هنا شخصاً يتحمل عنه المسؤولية ويعتني به جيداً.

وتعيش العلاقة هنا علىٰ أمل ألا يشعر الفرد نفسه بالميول المزدوجة، إنها تصبح «علاقة لا جدلية» وغير مستقرة ومعادية للحاجات وسبب للاضطراب وصورة له.

وتتضمن بنية علاقة المعالج-المتعالج المتمثلة في الفرضية القائلة أن الأول هو الخبير والثاني هو متلقي النصيحة، الأول هو السليم والثاني هو المريض، الأول هو المتنامي والثاني هو النكوصي، مشكلات علاقة متنوعة من النوع الموصوف أعلاه.

ويمكن فهم العملية العلاجية ذاتها علىٰ أنها حدث يتحطم فيه التواطؤ المتشكل أو مصيدة العلاقة بحيث يمكن أن تنمو العلاقة في هذه العملية ويتم فيها تفسير الخبرات

المفاجئة وتحمل توترات الصراع الناجمة عن العلاقات[1].

3.3- مبادئ التعديل في العلاقة

يجنح كل معالج شاب في أولى خبراته مع «مصيدة العلاقة» إلى التراجع عن بناء العلاقة وفق مبدأ «فلينقذ نفسه من يستطيع»، وبعضهم يشذِّب خبراته المحبِطة: لا يتورط الطبيب الشاب في علاقة ويهرب إلى العلاج الدوائي، في حين يهرب المعالج النفسي الشاب إلى أشكال من العلاج النفسي لا تقوم على عامل العلاقة، كالهروب إلى السلوكية الصارمة.

غير أنه في هذا الشكل الذي نمثله من العلاج لا يمكن لشعاره إلا أن يكون:

اخرج من المصيدة وادخل في العلاقة. ويعني «ادخل في العلاقة»: اتصال أكثر، إدراك متبادل أكثر، اهتمام أكثر، جدية أكثر، حقيقة أكبر في العلاقة. إن مبادئ التأثير في علاقة ما هي في النتيجة تلك المبادئ التي تجعل واقع العلاقة والمعاناة من هذا الواقع المصدود، أي المشاعر المتناقضة حيال هذا الواقع المصدود مدركاً وقابلاً للتأثير عليه.

ويمكن تلخيص الاستراتيجية العلاجية الناتجة عن الشكل الإشكالي للعلاقة في خطوات ثلاثة:

الخطوة الأولى: الفهم

يتحدد النموذج من وجهة نظر المعالج فقط.

الخطوة الثانية: التبادل والتفاهم

(١) عندما يقدم المتعالج قناعاته اللاشعورية على شكل عروض علاقة للمعالج فإنه يرتبط بهذا العرض التوقع المحق إن المعالج قد يستجيب على هذا العرض من خلال عدم توكيد الخبرات والتوقعات السلبية للمتعالج مرة أخرى. ومن هنا يمكن فهم مجرى العلاج على أنه سلسلة من محكات التجارب أو الامتحانات فيما إذا كان المعالج يستطيع منع المنطلق السلبي المعتاد والمتوقع للمشكلة. (تصور سامبسون وفايس)

«أفهم ما يدور بيننا بالطريقة التالية....... »
«أنا نفسي مشترك بالطريقة التالية وأشعر بالإعاقة التالية (ازدواجية)..... ».
المتعالج: «إني أدرك نمط علاقتي القائم ومن الأفضل.......».

الخطوة الثالثة: البداية الجديدة

«أحاول التعامل مع المشكلة...(مع القلق...مع الحيرة...الخ) بشكل آخر، وإني متضامن معك إذا ما حاولت أنت أيضاً».

وينبغي عدم فهم هذه الخطوات الثلاث على أنها التركيب الوحيد لكل مشكلة. فالمقصود هنا هو استخدام الصورة التي كانت مستخدمة في السابق مرة أخرى.

واستخدام عملية تفاهم ذات مسار لولبي، تشتمل فيه كل دورة عدة خطوات «ثلاثة خطوات»، ويمكن أن تعالج فيه المشكلة المشتركة دائماً على مستوى أعلى من التعاون.

4.3- الخطوة الأولى: الفهم

سوف نستعرض من الثلاثية الزمنية المتمثلة في: حالياً في العلاج، حالياً خارج العلاج، سابقاً. ففي عنصر حالياً في العلاج يقوم كل من المعالج والمتعالج بتقديم مساهمات مختلفة.

فمن طبيعة المعاناة أن المتعالج يستطيع إدراك الوجوه المرضية في مشكلة العلاقة بشكل متدرج والحديث عنها في صيغة منتظمة من الناحية اللغوية. إلا أنه يعبر عن ذلك بدرجات مختلفة في سياق حديثه ككل، وذلك حسب الموقف من خلال:

- الشروط التي يطرحها على التعاون:(أنا ثابت على هذا الموقف في العلاقة؛ ولن أتحدث حول ذلك...).

- تأرجح الآلام والشكاوي النفسية والجسدية في السياق الزمني مع تحقيق أو عدم تحقيق مثل تلك الشروط.
- في الانتقاء وتجنب مواضيع محددة.
- في الإشارات التعبيرية- الحركية في العلاقة الراهنة.

ويحاول المعالج وصف وتفسير المشاهد الجارية أو «أطوار العلاقة» شكلياً.

ويتطلب هذا أن تمتلك العلاقة بنية نمطية وأن تكون العلاقة قد أكملت مجموعة مراحلها بنفس «الإحراج». وحتى ذلك الحين على المعالج الإصغاء بصورة متعاطفة والاعتماد على المحتويات التي يقدمها المتعالج.

وحين تتوفر أولاً شواهد كثيرة كافية للتفسير وخصوصاً تلك التي تقوم على قاعدة الخبرة المشتركة ينبغي أن يتم الحديث حول ذلك. ويتم استنتاج مثل تلك الكواشف من خلال:

- **ملاحظة المشاهد التي تتكرر باستمرار والتي يتمسك فيها المتعالج بموقف محدد:** «على المعالج أن يفعل كل شيء، أنا أعتمد عليه كلية، عليه حمايتي من كل مطلب، عندما يقول لي ما الذي علي فعله فإني أستطيع إنجازه بصورة جيدة.... وأشياء أخر كثيرة...».
- **الملاحظات التي يلاحظها المعالج عنده فيما يتعلق بسلوكه، المثبت لهذا التقسيم من الأدوار:** «انطلاقاً من رغبات العناية وأخذ الدور الفاعل دائماً على نحو الحديث الكثير والتنظيم السريع لكل المشكلات التي تواجه المتعالج وتجنب أي مواجهة مع متطلبات الواقع والوقوف المباشر أو غير المباشر إلى جانب المتعالج».
- الملاحظات أن العلاقة تتخذ طابعاً جامداً من خلال قواعد محددة حافظ عليها كلاهما حتى الآن: مثال ذلك:

1- «إياك أن تبدي ما يمكن له أن يضايقني!».

2- على أحدهم أن يعرف دائماً أو يستطيع «المعالج يملك حلاً لكل مشكلة حتى عندما يمتنع المعالج عن سحب الحل من الحقيبة، فإني سأجعله في لحظة ما يقدم لي الحل».

3- يتم التمسك بمحرمات معينة «لا يتم الحديث حول حقيقة أن جلوس رجل وامرأة قبالة بعضهما قد يملكان رغبات ممكنة مع بعضهما؛ لا يتم التطرق إلى موضوع انتحار متعالج آخر يعالجه المعالج ويعرفانه كلاهما؛ نفي المشكلة القانونية الضمانية لإجازة المرضية الطويلة...الخ» (أنظر أيضاً «قواعد اللعب» النمط التواطئي).

- **ملاحظات حول ظهور التحول أو اختفاء الأعراض الجسدية والشكاوي النفسية في علاقتها بالتغيرات غير المترابطة لنمط العلاقة:** الظهور أو الاختفاء المفاجئ للقلق أو للصداع أو تعكر المزاج؛ التحول من الإسهالات إلى آلام القلب...الخ في السياق الزمني لتجاوز القواعد...(سافر المعالج لقضاء عطلة بدلاً من استمرار العناية والعلاقة)، التغيرات غير المتوقعة في المواقع (على المريض فجأة أن يتحمل المسؤولية في اتخاذ القرار)، الامتناع الخفي للمعالج عن لعب دور كان قد بدأ به سابقاً...الخ (كدور الحماية مثلاً).

وتستخدم طريقة العـرَض-السياق وجود سياق زمني بين حدث العلاقة وظهور العرض أو تبدله، لإنشاء ارتباط سببي. ومن البديهي أن يتم استخدام هذا الكاشف عندما يكون الأمر متعلقاً بارتباطات مستمرة الظهور وعندما يمكن اكتشاف أو إيجاد علاقات بالخارج وبالسابق فقط وعندما يكون هذا الارتباط واضحاً.

ملاحظة عمل صراع العلاقة خارج العلاقة العلاجية

يطلق في مراجع التحليل النفسي مصطلح التصرف (العمل act) على السلوك الذي يعبر عن رغبة أو عن أفكار أو عن صراع لا شعوري. فبدلاً من التعبير عن الأفكار المحبطة على نحو «أريد أن أكون محبوباً وأن يتم الاهتمام بي، إلا أنه ليس هناك من يحبني أو يهتم بي» يتم تناول الطعام والشراب بشراهة، ومن ثم تخف حدة الصراع من الناحية الظاهرية. ونفس الصراعات التي تؤدي إلى عرض ما تقود أيضاً إلى العمل act ، ومن هنا يمكن تسمية كل شكل من أشكال التجديد اللفظي غير اللفظي للصراع الذي يحمل أهمية مرضية على أنه تصرف act، مما يؤدي إلى زيادة الخلط بين مفاهيم النقل والمقاومة والعمل. ولهذا السبب سنستخدم المفهوم في سياق أنماط السلوك خارج العلاقة العلاجية فقط، والتي يتم التعبير من خلالها عن مشكلة علاقة راهنة بين المريض والمعالج؛ مثال ذلك عندما يشرب المتعالج الكحول حتى يصل للسكر بعد الجلسة مباشرة أو يقوم بمحاولة انتحار أو أية خطوة عملية أخرى ليعبر بصورة غير مباشرة عن حاجاته للرعاية.

ويستطيع أن يفعِّل عدم رضاه من خلال إزعاجه للإسعاف مثلاً ليشير إلى القدرة غير الكافية لمعالجه. كما يمكن للسلوك المفعَّل (النشط) في صورة اندفاع المتعالج في مغامرة حب غريبة، إذا لم تتم مناقشة الرغبات الجنسية الكامنة وراء هذا التصرف تجاه المعالِجَة النفسية (الأنثى) أو العكس إذا كان المعالج ذكراً والمتعالجة أنثى. ومن حيث المبدأ يجب طرح كل سلوك من هذا النوع في إطار علاقة المعالج-المريض. وما يحدد نجاح مثل هذا التأثير هو إمكانية فهم الموضوع المعبر عنه من خلال التصرف act على أنه مشكلة مشتركة والكيفية التي يتم فيها هذا الفهم.

5.3- الخطوة الثانية: التبادل والتفاهم

مهما كانت نماذج التعلم والتعديل التي تسهم في تفسير آثار العلاج النفسي فإن مجرى

التعديل يحدث بين المتفاعلين. وهذا المجرى عبارة عن صيغ محددة من العلاقة التي تمكن من التقدم. ونحن ننطلق في التصور الذي نعرضه هنا من وجهة النظر القائلة: إن الصيغ الجديدة للتعامل تمكن من إيجاد حلول جديدة.

ومن منظور التفاهم والتبادل فإن الصيغ الجديدة للتعاون تمثل صيغاً جديدة لتبادل المعلومات. ويتم بناء التبادل في هذه المرحلة بصورة متزايدة من خلال المعايير التي أقامها المعالج من خلال كفاءاته الشخصية في التعامل مع واقع العلاقة الراهن، أي واقعه النفسي الخاص أيضاً. وتشكل هذه المعايير أساس التعامل التبادلي البناء مع الظاهرة المهددة للواقع.

وتحدد الكيفية التي يتعامل بها المعالج مع هذه الظاهرة بصورة جوهرية طبيعة التعاون، أي فيما إذا تجنبها أو بالغ فيها أو أقدم على استراتيجيات فوق تعويضية لإطفائها أو فيما إذا واجهها...الخ. والصيغة الجديدة للتعاون هي صيغة جديدة للتفاهم حول الواقع. وقبل أن يتم الوصول إلى تأكيد متبادل، بغض النظر عن شكله- ظاهر أم كامن- حول كيفية إيجاد واقع مشترك فإنه لا يمكن للمرء أن يتعامل مع ذلك بصورة مشتركة.

إرشادات من أجل إيصال المفهوم (النفسي)

- **لا تُقر (فرويد) التاريخي فقط في سلوك المتعالج، وإنما جوهر الحقيقة الراهن أيضاً.**

من السهل القول للمتعالج: «إنك الآن تتصرف بالطريقة نفسها التي تعلمتها في طفولتك». إلا أن ذلك لن يخرج المتعالج من المأزق. وتتمثل الحقيقة الراهنة في أنك أنت نفسك مشترك في صيغة هذه العلاقة المشكلة، وربما لم تسهم بصورة فاعلة إلا بمقدار ضئيل، وقد لا تكرر «إلا» الأمر الذي يحدث بشكل تقليدي في كل العلاقات الممكنة للمتعالج. وعلى الرغم من ذلك فأنت الذي سهلت حدوث ذلك ومن واجبك تحمل نصيبك في هذه الإشكالية.

ابق في العلاقة بتحمل نصيبك من المشكلة ولا تذهب من أن الأمر يتعلق بحوادث نقل مرضية مستقلة عنك.

- **أقم الجسر مع متعالجك من خلال الاعتراف بأنك أنت أيضاً قد أخذت بالفعل دوراً مشابهاً لأدوار أشخاص مرجعية المتعالج السابقين سواء أردت أنت ذلك أم لم ترد.**

إن الإقرار بتشابه الموقف الراهن مع الموقف الباكر يقيم جسراً للإقرار بالفروق مع الموقف القيم ويتيح صيغة جديدة لإطار الواقع.

مثال: في حالة حسناء التي أشرنا إليها سابقاً تشكلت التشكيلة التالية: عاشت المتعالجة علاقة داعمة وتكاملية (متساوقة). وأبقى المعالج إمكانية الاعتلال الواقعي في العلاقة بعيدة. واستطاعت المتعالجة التعرف بالتدريج على اضطرابها «سابقاً» و «حالياً خارج العلاقة» ودورها المتعلق بالعلاقة مع زوجها وأبيها. وقد تحسنت الآلام بشكل جوهري وعكست المتعالجة وظيفة العلاقة العلاجية المريحة والمثبتة كذلك. وعلى ما يبدو فقد تم التطرق لحدود شكل العلاقة هذا في لحظة بعد جلسة حول النتائج المحققة الآن وحول نتائجها أيضاً – المواجهة القريبة مع الوضع المهني الذي تشعر فيه بأنها عاجزة-. عرضت المتعالجة لمعالجها ارتفاع القلق وتعكر المزاج دون سبب وقد شكك المعالج بصورة كاملة بالاتفاق الذي عبرت عنه في الجلسة الأخيرة حول مقدار التحسن. وعلى ما يبدو فإن العلاقة قد اكتسبت معنى، كشفت من خلاله مظهر العلاقة المشكل: فالعلاقة قامت بوظيفتها (أيضاً) كحماية من الأجزاء المهددة للواقع الداخلي والخارجي (وهذه الوظيفة تزعزعت لمجرد الإقرار بوجود التحسن الواضح). شعر المعالج بأنه قد تم حشره في دور آخر. فقد انتقل من دور الأب الطيب إلى شخص يمارس الشدة والإلزام. وقد شعر بالاستياء واليأس مما قالته المتعالجة وكان في هذه اللحظة أي شيء، عدا أن يكون مسترخياً و «متقبلاً دون شرط». فأراد ربط هذا التبدل في حالته الانفعالية بمشكلة العلاقة ككل. وقد فسر الموقف بداية على النحو التالي: «لقد عملنا على حماية الموقف العلاجي معاً بصورة جيدة. وكنتِ تستطيعين العمل

بشكل أفضل. لقد كنت على قناعة بأنكِ كفء. ومع ذلك فقد أصبح من الواضح لي أن التحسن متعلق بشكل خاص بشروط تعاوننا. أستطيع أن أتصور أنك من خلال هذا التقييم غير الواقعي كلية لحالتك قد فوجئتِ ودُهِشتِ. وها أنت الآن قد اخترت الهرب إلى الدور المعاني الأولي».

وبعد أن تم الوصول لاتفاق من هذه الناحية، أي بعد أن عبرت المتعالجة عن اعتمادها على العلاقة الحامية حتى الآن بشكل مباشر وليس عن طريق الأعراض، عرض المعالج مشكلته قائلاً: «في الواقع لم أفقد الأمل من أنك ستتصرفين في الخارج بشكل جيد كما تفعلين هنا وعلي أن أقر كم خاب أملي وكم كنت غير صبور عندما انتكست حالتك. لقد فكرت أنك ربما تشعرين أني أمارس القسر والواجبات كما كان والدك يفعل معك في ذلك الوقت».

وبعد أن بدأت المتعالجة بالرد على ما عرضه المعالج وتعبر شيئاً فشيئاً عن مخاوفها التي كانت متمثلة في أنها قد تدفع لاتخاذ قرارات لا تؤيدها وعليها أن تتحمل المسؤولية ثانية، التي لا تستطيع التماهي معها، واصل المعالج: «أعتقد أني قد عززت لديك الاعتقاد بداية أنني سوف أقوم بتنظيم الأمور، وبعد ذلك طلبت منك أن تقومي بذلك وحدك. وكنت مستاء عندما لم تستجيبي إلي بالطريقة التي أردتها أنا. ربما أكون قد تصرفت بالطريقة التي شهدتها بصورة غالبة من قبل الآخرين».

وقد قاد الاتفاق على أنه في هذه اللحظة قد تجددت مشكلة أساسية لها علاقة بالأعراض، والاتفاق حول إمكانية التفاهم حول ذلك، إلى التخفيف من حدة الموقف. وفي الجلسة التالية عبرت المتعالجة عن غضبها وعجزها واستطاعت إدراك كم هي مأسورة بتوقعاتها المستمرة من الأشخاص المذكورين بما فيهم المعالج، وهذا يمكن أن يفر عليها الشعور بالخصوصية، أي الشعور بالاستقلال والمسؤولية، الذي كان مرتبطاً في السابق بخبرات مؤلمة من الشعور بالوحدة والعجز وبأنها متروكة لوحدها.

ومن هنا يمكن الآن مناقشة ذلك الذي أعاق التقدم في شكل العلاقة حتى الآن:

«افترض إن كلينا قد أبقى هذه الضرورة الواقعية باتخاذ قرارات يتحمل مسئوليتها حول الحياة بغض النظر عن رغبات الآخرين، بعيدة عن علاقتنا ومن الممكن أن تكون القاعدة الكامنة خلف ذلك والقائلة: إن المعالج يحمي هذه المتطلبات والمتعالج تتم حمايته، قد أعاقت السماح بمشاعر الوحدة واليأس تلك، والتي على كل واحد أن يتحملها لوحده، فيما إذا أراد أن يكون مستقلا. علينا تغيير هذه القاعدة».

ومع التطرق لصراع الميول المزدوجة في العلاقة العلاجية نفسها يكون قد مهد أول الطريق للبدء من جديد دون أن يكون قد تم الوصول إلى حل أو تعديل ما بعد.

ويتعلق هذا بقدرة المتعالج على أن يتوقع موقعاً متغيراً في علاقته ليس على مستوى الخيال فحسب بل احتلال هذا الموقع واقعيا والاستمرار فيهز ومن هذه الناحية يتطلب الأمر عدة تكرارات لمجرى التفاهم هذا حيث يتولى المتعالج فيه تفسير الموقف بنفسه بصورة متزايدة.

وإذا وجب على المتعالج اتخاذ موقف أكثر فعالية في تقييم أو تغيير آلامه ومشكلة علاقته فإنه يجب مراعاة الإرشادات التالية التي احتوتها القواعد السابقة:

- **تقبل رؤية المتعالج للواقع وللمشكلة حتى عندما تختلف عن رؤيتك**

عندما يرى المتعالج موقفاً ما بشكل مختلف عن رؤيتك له فعليك التسامح مع ذلك. إن عملية تمايز الإدراك تتكامل أثناء التبادل المشترك للمجريات الراهنة وينبغي على المتعالج أن يتمكن من جعل سوء الفهم المحتمل نسبياً من خلال الخبرات الفردية.

- **لا تتحدث كثيراً حول ما يجب تعديله في خبرة وسلوك المتعالج بل تصرف أنت نفسك بصورة أخرى.**

يكفي قيامك بوصف انطباعاتك حول طبيعة العلاقة وحول مشكلتك. امنح

المتعالج الفرصة لأن يخبرك انطباعاته وخبراته واستنتاجاته بنفسه.

6.3- الخطوة الثالثة: إتاحة البدء من جديد

يقصد بالبدء من جديد تلك النقطة في مجرى العلاج التي يحصل عندها المتعالج على الخبرة المفاجئة: بأن هناك إمكانات أخرى لحل المشكلة غير التي تعلمها وتصورها، وعندما يتحرر بالنسبة للقرارات والتصرفات التي كانت حتى الآن غير مألوفة. إن الشعور بأنه يملك قدراً أكبر من الحرية قد يحتوي على مظهر مهدد؛ فعلى الرغم من أن اتخاذ موقع تصاعدي مسؤول عن الذات يقود إلى التخلي عن الجوانب السلبية للتعلق إلا أن الإحباط الذي يخشى منه لحاجات الحماية والعناية والقلق من الهوية الذاتية تعيق خطوة الخروج من المواقع النكوصية.

ومن خلال التعامل مع مجال التوتر الذي ينشأ بين الأهداف التصاعدية للمتعالج والأسر النكوصي للمتعالج ضمن التعلقات المعتادة يتحدد نجاح الجهود العلاجية.

وتحتل هذه المرحلة الحاسمة في العملية أول المبادئ التي ينادي بها لوديرز، حيث يقول:

«إن كل حركة تصاعدية تحتاج إلى دعم نكوصي، وكل حركة نكوصية تحتاج إلى حماية تصاعدية».

النكوص والنمو Regression and Progression وكثير من الغموض المحيط بهما

تحيط في مراجع التحليل النفسي بمفهوم البدء من جديد مجموعة من الفرضيات التي حجبت طبيعة عمل التعديل لفترة طويلة إلى حد ما. وحتى يومنا هذا أسهمت في سوء الفهم هذا تلك التصورات التي أرادت ربط مفهوم البدء من جديد بشكل من العلاقة محددة في طور الاضطراب النهائي للفرد، أي التي ترى ضرورة قيام علاقة تبادل بدائية قبل لغوية مع المعالج النفسي كشرط للنمو (النكوص). ومما لاشك فيه

فإن علاقة الموضوع الآلية قبل اللفظية للمتعالج بمعالجه، التي تسمح بالتطلع إلى ارتباط منسجم في بدائية وجودية والتثبيت على موضوع مموِّن والتفتح بطريقة لا نهائية، تمتلك طابعاً مخففاً وداعماً، إلا أن ما يسمح بالنمو ليس الطبيعة النكوصية وإنما الشكل الخلاق للتعاون الذي تتم إتاحته في العلاقة المعنية والذي يراعي كذلك الرغبات النكوصية مثلما يتابع أهدافاً نمائية. ومما لاشك فيه فإن إشباع الحاجات النكوصية يعد في صالح ضمانة الاستقلال وذلك عندما يتعلق الأمر «بنكوص في خدمة الأنا»، أي بسلوك موجه نحو إنقاص توتر الحاجات الجسدية. ويصبح الهروب إلى السلوك النكوصي إشكالياً عندما تنشأ أهداف لا يمكن تحقيقها إلا من خلال إنجازات نمائية خاصة. وفي هذه الحال يمكن لشكل علاقة ما تنمي سلوكاً نكوصياً أن تنمي في الوقت نفسه الدفاع النكوصي لمثل تلك المتطلبات بدلاً من التغلب عليها. ولكن ما الذي ينميه النكوص؟:

يغلب أن نواجه في الممارسة العملية سوء الفهم المتمثل في: إن تحقيق الدعم يعد على أنه منمي للنكوص بينما الامتناع عنه يقيد النكوص وهذا أمر خطأ. ونتيجة لذلك يخاف كثير من الزملاء اتخاذ موقف داعم تكاملي من متعالجيهم لأنهم يعتقدون أنهم يجعلون متعالجيهم أكثر نكوصاً. إلا أنه يتم نسيان: «إن كل حركة نمائية للمتعالج تحتاج إلى دعم نكوصي». ومن خلال الدعم الخاص الذي يوفره المعالج يحقق السند النكوصي الذي يتيح للمتعالج المساهمة بفاعلية.

إذاً فسلوك المعالج هو الذي يؤثر تأثيراً منمياً للنكوص، بحجبه للسند النكوصي وذلك من خلال سعيه للإنجاز والتعاون من جهة ومن خلال حرمان المتعالج من الاهتمام عند قيامه بحركة نكوصية، أي عندما يطالب المتعالج بأن يحقق إنجاز ما انطلاقاً من الموقع السلبي. وفي كلتا الحالتين يوجد خطر نكوص خطير: فنظراً للتناقض الذي لا يمكن تخطيه (المصعد من المعالج) بين الإرادة والقدرة يبدأ المتعالج بإيقاف محاولاته الخاصة في تحقيق أهدافه ويتمسك بمزيج من الشك والنكوص والأمل

والقلق والغضب من المعالج الذي يتم منذ الآن تحميله المسؤولية عن كل شيء لاحق. فعندما يلجأ متعالج ما على سبيل المثال إلى المعالج للحصول على مساعدة، كأن يطلب معلومات حول السلوك الصحيح أو إرشادات حول اتخاذ قرار صحيح، فإنه يعبر دون شك عن حاجة نكوصية، تحدد للمعالج موقعاً نهائياً في العلاقة. وعندما يوضح المعالج للمتعالج ما الذي يفعله خطأ (منمياً بهذا النكوص) ويتأمل ببرود واهتمام (منمياً للنكوص)، كيف يسعى هذا المتعالج حائراً إلى معلومات أخرى، وبعد أن يمتنع عن المعلومات ويقابل بعض محاولات المتعالج عديمة الجدوى من أجل تحقيق تواصل بتعليقات رافضة (منمية للنكوص)، فإنه يكون بهذا قد تم حشره في شكل علاقة تماثل نكوصاً خطيراً؛ إن الامتناع عن المساندة في هذه الحال لا يقود ولا بأي شكل من الأشكال إلى حركات نمائية للمتعالج بالمعنى العلاجي وقد يحطم العلاقة من خلال فعل تحرري عداني ويذهب في طريقه. وحينئذ يكون المتعالج قد اكتسب خبرة أخرى صادمة فحسب ويكون قد دعم اعتقاده أنه ليس هناك حلولاً في العلاقة.

إن تحييد خطر السلوك النكوصي لا يتم من خلال استبعاد الرغبات النكوصية من العلاقة بل من خلال الدعم النوعي للحركات النمائية (من خلال استراتيجيات دعم تكاملية)، أي من خلال إبطال التناقض بين الإرادة والمقدرة، من أجل أن يتولى المتعالج مهمة شريك التعاون («في وظيفة الشخص»)؛ إضافة إلى التفاهم حول هذه الرغبات وطبيعتها المتناقضة مباشرة في العلاقة: أي يملك المتعالج هذه الرغبات ويقوم بالتعبير عنها ويستطيع إدراك عدم إشباعها الراهن (أو لا يستطيع إدراك توترات الميول المزدوجة المرتبطة بذلك)، ويلائم سلوكه بناء على ذلك.

البدء من جديد بوصفه عملية

يحصل التواطؤ بين المتعالج والمعالج والذي يمكن أن تكون له وظيفة إيجابية كوظيفة الأمن والحماية، إلا أنه يحصل على مظهره السلبي المعيق للعلاج عندما يشكل التواطؤ عائقاً أمام استمرارية تطور العلاقة، أي عندما يعيق نشوء شكل جديد من

التعاون الذي يمكن أن يحقق حلولاً جديدة. فالتعديل يبدأ بالطبع في اللحظة التي يتحدد فيها المظهر الأخير لشكل العلاقة، وعندما يحدث تفاهم حول الأجزاء المستبعدة للواقع الداخلي والخارجي للعلاقة العلاجية حتى ذلك الحين. وعندما يتم تعديل لشكل العلاقة بنتيجة عملية إدراك أو تفاهم، أي عندما يحدث تبادل لمواقع المتفاعلين يميز البدء الجديد فإن ذلك يعني انتهاء آني لعملية تعلم طويلة ومعقدة. إن خبرة «آها» oh-experience أو اللمحة الخاطفة أو البارقة (الاستبراق) Flash يمكن أن تلتصق بالعملية كمعارف مفاجئة، إلا أنه من الوهم إعطائها أهمية كبيرة.

ولا يعني حصول رؤية مفاجئة ما في العلاج النفسي انبثاق بداية جديدة بعد، ولكنها قد تعني الخطوة الأولى من أجل التعديل. ويمكن عند الشخص السليم المجهز بكل إمكانات التصرف أن تحدد مثل هذه المعرفة إعادة تركيب بنية الدافع وإمكانات جديدة من التصرف. وينبغي للعلاقة العلاجية في علاج الشذوذات الشديدة المترافقة باستراتيجيات صارمة لبنية العلاقة أن تتعدل ببطء مراعاةً للعلاقة الجدلية بين التقدم الفردي وأشكال التعامل الجديدة والحلول الجديدة.

البدء من جديد بوصفه إيقاف لعملية تقسيم الأدوار المتبادلة

غالباً ما يفترض أن التفاهم حول الطبيعة الموَجِهَة لصيغة علاقة ما يعيق استمراريتها. إلا أنه في العلاقات المترافقة بتوزيع ثابت للأدوار على نحو متعالج نهائي لا تنطبق هذه المقولة. وليس من الضروري هنا برهان أو إعلان الانتقال في شكل العلاقة المثبتة فحسب، بل القيام بهذا الانتقال عملياً. ويبدو هنا أنه من الضروري التطرق للمخاوف والعدوانيات الناشئة وأن يتم دعم المتعالج بطريقة أخرى وبإخلاص مستمر في اتخاذ المواقع النهائية.

ومن الواضح أن مثل هذا النوع من الخروج في العلاقة التواطؤية يمكن ألا يحدث في المجرى الأول ويمكن أن يحتاج الأمر إلى محاولات كثيرة لتحقيقه. كما يمكن

لمتطلبات المواقف الجيدة أن تثير انتكاسات جديدة في شكل العلاقة التي تم تجاوزها سابقاً.

إرشادات حول إتاحة البدء من جديد

يستطيع المعالج التأثير على استقرار عملية التبادل والتفاهم في شكل جديد من علاقة المعالج-المتعالج من خلال ترك الحدث يحدث أكثر منه من خلال العمل النشط. ومن هنا فإن النصائح التالية تبدو ذات أهمية:

- **تجنب دائما ميول توزيع الأدوار المذكورة آنفا مع المتعالج**

في بعض الأحيان تكون الإيحاءات الكلامية هي بالذات ما أردت تجنبه. لذلك اختبر كل تصرف من هذه الزاوية. وتذكر أنك تسهم عند هذه النقطة من العلاج بتقدم المتعالج من خلال تشكيكك في موقعك ومن خلال تصرفك بشكل آخر. فقط عندما لم تعد تلعب «الدور القديم» يمكن للمتعالج أن يجد «دوره الجديد» وهذا الدور يجب أن يحدده المتعالج بنفسه.

- **إنجازك العلاجي عند هذه النقطة من العلاج هو أن تستطيع التحمل:**

1- عندما يشعر المتعالج بوضوح بعجزه الذي ما زال قائماً في تنظيم العلاقة (لأنك توازنها بشكل أقل) وعندما يعاني أكثر لفترة عابرة؛

2- عندما يتولى الوظائف التي كانت بحوزتك حتى الآن (على الرغم من أنك ربما تستطيع ذلك بصورة أفضل أو على الأقل تعتقد ذلك)؛

3- عندما يبدأ التحديد بنفسه فيما إذا كان يحتاجك أو لأي شيء يحتاجك؛

4- عندما يلاحظ أخطاؤك (ولا تعود قادراً بنفسك على ضبطها بدقة).

- **أكد على أن البدء من جديد ليس مشكلة متعالجك فحسب.**

حاول أن توضح له أنه يستطيع دائماً الاعتماد على سلوكك المتضامن معه إلا أن مساهمتك تحمل طابعاً آخر.

ويمكن هنا أن تستفيد كمثال من إحدى مراحل معالجة متعالجتنا حسناء: لقد بدا في تصورها أنها لن تستطع التماهي مع وظيفتها الثانية وأن تمارس نشاطها على أساس من دافع داخلي.

وفي الحقيقة فقد كانت تتمتع بإدراك مرتفع للواجب، وظهرت ميولها المتناقضة بالنسبة للآخرين بصورة واضحة من خلال تنميتها للقليل فقط من الطموح للارتقاء المهني. فقد اعتقدت أنها قد مارست مهنتها حتى الآن إما إرضاء لوالدها، أي كي لا تخذله ولتبرهن حبها له، أو من القلق من خسارة الموقع الاجتماعي.

وفي مجرى العلاج استقر التوقع على المعالج، حيث اعتقدت أنه يستطيع تحريرها من هذا المأزق، من خلال بناءه لاتجاه مضاد لمطالب الأب، وفي الوقت نفسه يسهل لها بمساعدة التشخيص والتقرير الطبي ترك المهنة بصورة يمكنها تحملها من الناحية الاجتماعية، أي من خلال المرض، وتوقعت في الوقت نفسه حدوث تحرير من الخارج لأنها رأت أنها يمكن أن تغير موقفها من مهنتها.

وبالفعل فقد كان هذا التوقع وعدم إمكانية تأييده موضوعاً للنقاش أكثر من مرة. وقد فشلت كما رأينا في الفقرة (5.3) محاولة العمل بسبب الانتكاس. وفي إطار عملية التفاهم اللاحقة تحسن إحساس المتعالجة بوضوح واعتقدت أنها تستطيع التحكم بأعراضها منذ الآن بصورة أفضل وشعرت أنها قادرة على القيام بمحاولة جديدة.

واقترح المعالج أنها تستطيع تحديد يوم ذهابها للعمل بنفسها. وحددت المتعالجة اليوم التالي للجلسة اللاحقة. وفي اليوم الثالي حضرت المتعالجة للجلسة بخوف شديد من الفشل، وقد رأت أنها قد بالغت في تقديرها لذاتها وأنها لا تستطيع بأي شكل من

الأشكال أن تضمن ذلك، ورجت المعالج أن يحدد بنفسه اليوم، عندئذ سوف تعرف أن الأمر سيسير بصورة جيدة، حتى لو قال إن عليها أن تجازف وتذهب غداً فإنها سوف تشعر بالراحة.

وقد نقلت هذا الرجاء بانطباع قلق جداً ويأس شديد وكانت أقرب ما تكون متمسكة بالمعالج. وكان واضحاً لكليهما أنه قد تم تجديد صراع العلاقة النمطي ثانية وأن المتعالجة تقوم مرة أخرى بمحاولة يائسة لإيجاد «أب جديد» يتحمل مسؤولية القرار المهم مثلما يتحمل مسؤولية الفشل المبرمج ومن ثم المحافظة على الصفة القديمة لحل المشكلة. وقد رأى المعالج أنه ليس من المناسب إعادة تكرار إيضاح الحادث مرة أخرى، بل الإبقاء على موقف المتطلبات. وقد أوضح سلوكه بطريقة مقتضبة: «أنا مقتنع أنك تعرفين مثلي تماماً أن مخرج مأزقك ليس في أن أقرر بالنيابة عنك ثانية. أنا أفهم أنك الآن تتمسكين بكل قشة يمكن أن تنقذك من هذا المأزق. يجب أن تعرفي أنني موافق على كل قرار تتخذينه وأني سوف أساعدك في تحقيقه». قامت المتعالجة ببعض محاولات الهروب وعانت بشدة من الميول المتناقضة. وعلى ما يبدو فإنها قد ربطت موضوعياً مع هذا الموقف عديم الأهمية كمية من المخاوف اللامنطقية والقلق القديم، حيث أعاقت تلك منذ القدم التماهي مع الرغبات والأهداف الخاص. وقد قالت المتعالجة لاحقاً أنها قد كانت المرة الأولى التي تجاوزت فيها مثل هذا الموقف. فأثناء القلق اتضح لها أنها سوف تبقى على قرارها. لقد شعرت أنها قد صدت الشعور بالقلق لسنوات عدة إلا أنها لم تستطع التغلب عليه إطلاقاً، وأنها لم تتبع يوماً أي هدف خاص.

وقد اتضح لكليهما في اللقاء اللاحق على الأكثر (بعد ثلاثة أيام من العودة للعمل) أن بداية جديدة قد حصلت في جلسة العلاج الأخيرة وقد شعرت للمرة الأولى في نشاطها المهني منذ ١٥ سنة أن العمل ممتع وأنها تمتلك شعوراً جديداً بالحياة. لقد عرفت أخيراً ما المقصود بالحديث الذي دار في البداية حول الاتجاه الجديد نحو الحياة، وبدا لها تقريباً أن كل ما قامت به للتخلص من القسر الذي بنته بنفسها في كل علاقة لم يكن واقعياً تقريباً.

الفصل الخامس

ممارسة عملية العلاج

1- مبدأ

سنعرض في هذا الفصل الإجراء العملي بالاستناد إلى نموذج عمل حول أطوار العملية أو مراحل المعالجة النفسية. ويحدد نموذج العمل عملية تستند على إطار أعلى، أي على مستوى علاقة التعاون العلاجية وعلى السمات التي تدعم هذا الإطار، وعلى مستوى دافع المعالجة والبنية الشكلية للعلاقة العلاجية. وتصف هذه السمات القدرة المحسنة باستمرار على ضبط المظاهر المتعلقة بالمرض لمواجهة الواقع داخل العلاقة العلاجية وخارجها. ويبدأ هذا الاتجاه بالقدرة على قبول المساعدة العلاجية النفسية (الطور الأول) والاستفادة من هذه العلاقة (الطور الثاني)؛ ويتجه عبر طور صيغ العلاقة المتزايدة الاتساق (الطور الثالث) نحو قدرة المتعالج على توجيه عملية التعديل بشكل مستقل واكتساب القدرات المتعلقة بذلك بشكل فاعل (الطور الرابع)؛ وينتهي بالحل والاستقلالية عن المعالج بقدرة ثابتة على الحفاظ على التعديلات في السلوك والأعراض (الطور الخامس). وتتدرج الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية الموصوفة في الفصل الرابع في هذه الأطوار ضمن «صيغة خاصة بالطور».

وتحتل في طور المدخل الأول تقنيات بناء العلاقة الممهدة أو المسهلة للتواصل (التنشئة الاجتماعية للمتعالج) مركز الصدارة. وفي الطور الثاني تسود الاستراتيجيات الداعمة وبمقدار متزايد أيضاً استراتيجيات تشكيل الرؤية في الطور الثاني الذي تتحقق

فيه شروط العلاقة من اجل المساعدة العلاجية. ويتصف الطور الثالث بديناميكية الاستراتيجيات الداعمة والمنشطة والمنمية للتفسير والاستبصار. وتناسب هذه الاستراتيجيات مقتضيات هدف هذه المرحلة في إيصال المتعالج إلى موقع مستقل. وتسود في الطور الرابع استراتيجيات التدريب التي تستخدم ضمن التقسيم المتساوي لضبط الحدث بين المعالج والمتعالج. أما الطور الخامس – طور الانفصال - فيتصف بأشكال من التواصل تتلاشى خلفيتها الرسمية بصورة مطردة.

وتتمثل ميزة مثل هذا النوع من النماذج، إلى جانب الضرورات العملية التي نوقشت سابقاً في جعل العملية واضحة وموضوعية ومضبوطة، في حصول المعالج من خلالها على مساعدة واضحة نسبياً لتصميم الحدث المركب وتمكنه من التكيف بمرونة في إطار إدراك شامل للتأثير العلاجي على أنماط مختلفة من الاضطرابات. أما السيئات فتتمثل في خطر المبالغة في تصميم العملية ومن ثم في تصغير المجالات الكبيرة إلى حد ما لعلاقة علاجية ، أي بسلب الطابع الفريد للمتعالج وللعلاقة العلاجية، والأغراء بوجهة نظر مبسطة.

ومن ثم يمكن أن يتولد الانطباع المشكوك به علمياً أن أطوار العلاج سوف تترافق متزامنة مع خطوات النضج الداخلي كما تفعل بعض النماذج التحليلية. ويِأخذ الإطار الذي اخترناه في نموذجنا لتحديد طور مقياس درجة توجيه الذات هرم أشكال ضبط الذات والمحيط بالحسبان ولا يستبعد على الأقل مثل هذا النوع من المساواة غير المبرهنة حتى الآن بين النضج الفردي والشفاء.

بالإضافة إلى ذلك يتم تجاهل الأهمية الكبيرة لتشكيلة المتطلبات-المواجهة المركبة بالنسبة لظهور واختفاء الاضطرابات الفردية وافتراض عملية داخلية مستقلة بسهولة. ومن الممكن أن تبرز هنا مشكلة مرتبطة بذلك تنبثق من فرضية أن نوع الاضطراب وحده يحدد المنطلق المعني للعملية العلاجية وأنه هناك عملية تفتح لمشكلة المتعالج بغض النظر عن شخص المعالج. (راجع الفقرة 2.3 من الفصل الرابع).

وينبغي التحذير من تعميم الأمثلة المعروضة لتوضيح المشكلات الخاصة بالأطوار. فالأمثلة المعروضة هنا مأخوذة من معالجات المؤلف ومن المعالجات الداخلية والخارجية لمرشحي التأهيل العلاجي التي أجريت بإشراف المؤلف. ومن هنا فإن الأمر يتعلق دون استثناء بمواقف مصبوغة بشخصية المؤلف وبتصوراته الذاتية حول العمل.

ومما لا شك فيه فإن الهوة الواسعة التي مازالت قائمة في العلاج النفسي بين النظرية والتطبيق لا تجيز إلا تعميماً محدوداً لهذه الأمثلة. ولا يمكن حل المشكلة جذرياً من خلال استخدام إجراءات موضوعية لبناء العلاقة. ومن هنا فإننا نطلب من القارئ النظر إلى هذا الفصل على أنه عرض لمتغيرة شخصية في تشكيل الخط الأساسي للعلاج الديناميكي التفاعلي.

2- الطور الأول: طور التحضير والتمهيد

وصف المرحلة

يتم في هذه المرحلة تحقيق الشروط من أجل أن يتمكن شخص محتاج للمساعدة من قبول مساعدة نفسية رسمية بغض النظر عن كون «استراتيجيات قبوله» ما زالت غير متمايزة. وينتهي هذا الطور بالقبول الشكلي على الأقل للمتعالج للمساعدة النفسية العلاجية مع ما يرتبط بذلك من قواعد ومعايير كمشروع للتغلب على اضطرابه أو مواجهته. وتؤثر مجموعة من الاتجاهات التي ينبع قسم منها من عملية التنشئة الاجتماعية في الأسرة وفي قسمها الآخر عن المعبر غير المضبوط للمؤسسات الطبية[1] على الطبيعة الأولية للعلاقة العلاجية وعلى الحدث العلاجي نفسه. ويبدو أنه من الضروري تنظيم مشكلات المعبر تلك ذلك أنه من خلال إجراءات انتقائية معينة ووفق مبدأ «إن طريقتنا في المعالجة النفسية تناسب مرضى معينين فقط»؛ ويتم تخفيض المهمات العلاجية سواء

(١) أي الطريق ومحاولات العلاج الطبي وغيرها التي يمر بها المتعالج قبل أن يصل إلى العلاج النفسي.

فيما يتعلق بملائمة العروض العلاجية لتوقعات المتعالج أو كذلك فيما يتعلق بدعم المتعالج في مطالبه. وقد قمنا في الفصل الرابع الفقرة الثانية بعرض الإشكالية المبدئية للاقتراب المتبادل بين المتعالج والمعالج. وتكون البنية الشكلية للتفاعل العلاجي متباينة نسبياً لأن المتعالج المحتمل والمعالج يجربان إمكاناتهما الخاصة لضبط الموقف. ونظراً للتوقعات المتباعدة للمتعالج تجاه العرض العلاجي فإن ضغط التلاؤم والتعديل يكون ملقىً على عاتقيهما معاً.

ومن الضروري أن يبحثا صيغة التعامل مع بعضهما، وهي تتناسب بالمقدار نفسه مع حاجات الضبط الاجتماعي للمتعالج (تحديد مقدار التقارب، النشاط، الانطواء)، ومع المتطلبات العلاجية (السماح بعلاقة رابطة انفعالياً، الثقة، الصراحة).

والمرضى شديدي الاضطراب الذين تنقصهم المرونة على هذا المستوى من تنظيم أساس العلاقة أقرب لأن يكونوا مجبرين على الإصرار على طريقتهم في بناء العلاقة وذلك من أجل عدم تهديم توازنهم الخاص حتى لو تم بذلك إفساد المساعدة. ويغلب أن يكون سبب تناقض هذا الموقف الظاهري أن المتعالج قد يصبح أولاً في علاقة ذات طبيعة دائمة أكثر مرونة في إمكانات تشكيل علاقته؛ إلا أنه لا يسمح بذلك إلا بصعوبة شديدة. وتعني الكفاءة العلاجية في هذه المرحلة قدرة المعالج من خلال بناء البناء المرن لمجال العمل العلاجي على:

- التمكين من قيام العلاقة عموماً، حتى لو كان الثمن ملائمة النظام العلاجي لشروط المتعالج.
- الإشعار بالمساعدة على شكل يوضح لكلا الطرفين الحل الوسط بين متغيرات الضبط الاجتماعي للتفاعل.

تحضير المتعالج للعلاج

إن الإجراءات المقترحة هنا ليست جزءاً ملزماً لطور التحضير. ويجب القيام بها

حسب الإمكان قبل بدء العلاج وإحالتها بعد ذلك إلى الزميل الذي قام بتحويل المتعالج أو إلى زميل متخصص بمثل هذه الوظائف. وينصح بالتطبيق العملي المخصص لأغراض البحث القيام بهذا الفصل استناداً إلى تعيير الإجراءات التحضيرية. وقد تطرقنا لهذا التطور هنا لأنه غالباً ما ينبغي على المعالج نفسه التحضير للعلاج.

وسوف نتطرق هنا إلى مجموعتين من الإجراءات:

- معلومات حول العلاج.
- والتدريب التحضيري للتعامل مع متطلبات معينة من العلاج.

وقد يعترض المرء على التحضير المعلوماتي للمتعالج. إلا أنه على المتعالج أن يعيش العلاج حتى يفهمه. وحتى عندما يعتقد المرء أن المعلومات في هذا المقام يمكن ألا يتم تمثلها عقلياً بصورة كاملة إلا أن شعور المتعالج بمشاركته في ضبط الحدث يبقى قائماً.

على أية حال فإن ميزة هذا النوع من «التنشئة الاجتماعية التحضيرية» قد تم إثباتها منذ مدة طويلة من خلال دراسات تجريبية. فالمتعالجون الذين يتم تحضيرهم يقدمون نتائج أفضل بصورة دالة من المرضى غير المحضرين على العلاج.

جدول (٢)

الطور الأول: طور التحضير، المستوىٰ المنشود لوظيفة الشخص: قدرة المتعالج علىٰ تقبل مساعدة علاجية نفسية

مستوىٰ الدافع/ مستوىٰ علاقة العمل	أمثلة توضيحية
• **في بداية الطور:** إن صحتي ليست جيدة، أنا مريض، أشعر بالعجز، أحتاج لشخص يساعدني كيفما شاء يعطيني دواء أو يتخذ معي أية إجراءات طبية أخرىٰ وحتىٰ لو كان علاجاً نفسياً؟	- لا أعتقد أن آلامي ستختفي من تلقاء نفسها. - يمكن لحالتي أن تتحسن من خلال الإجراءات الطبية - أنا مستعد لأي نوع من أنواع العلاج إذا كان ذلك يساعد.
• **في نهاية الطور:** أنا أدرك أن كل أو بعض آلامي من طبيعة نفسية، ومن هنا فأنا أحتاج بالإضافة إلىٰ ذلك علاجاً نفسياً، وأنا مستعد لتقبل شروط وقواعد مثل ذلك العلاج.	- بما أن آلامي الأساسية تنبثق جذور نفسية ، فأنا أحتاج إلىٰ علاج قائم علىٰ هذا الأساس. - أحتاج أيضاً إلىٰ علاج يتيح لي تعديل التصورات والاتجاهات السائدة حتىٰ الآن. - أحتاج إلىٰ علاج نفسي كي أستطيع التعامل مع الحياة بصورة أفضل.
البنية الشكلية للتفاعل العلاجي: متغيرات مختلفة ومتبدلة حسب درجة الاضطراب، تظهر كيف يتوزع الضبط حول تنظيم العلاقة.	
موضوع العلاج: التباعد بين استراتيجية تقبل العلاج عند المتعالج ومشروع العلاج.	
وظيفة الاستراتيجية العلاجية: - الاقتراب من استراتيجية التواصل عند المتعالج. - ملائمة العروض العلاجية لإمكانات المتعالج.	

جلسة معلومات حول مجرى العلاج

ينبغي في هذه الجلسة تقديم المعلومات التالية بالإضافة إلى المعلومات السابقة المعطاة في طور التشخيص.

معلومات حول موضوع وعلاقة العلاج

مثال: «يهتم شكل العلاج الذي أعرضه عليك بالبحث عن أسباب المرض أو أسباب الاضطراب، التي يمكن أن تكون على علاقة بصراعات نفسية لديك، أو بمواقف حياتية مملوءة بالصراعات النفسية».

وهذه الصراعات يمكن أن تظهر أو تعبر عن نفسها على شكل مشكلة في تعاملك مع الآخرين وتسبب لك المعاناة أو يمكن أن تعاني من مشكلة في فهم نفسك أو في الرضا عنها، أو قد تعاني من مشكلات في عملك أو من مشكلة عدم استمتاعك بالحياة.

ومن أجل اكتشاف الأسباب أو جزء من أسباب مرضك أو اضطرابك فإنه من الضروري لك إجراء نوع من الجلسات العلاجية النفسية.

معلومات حول درجة ضمانة: إن المعالجة النفسية تساعد

مثال: «الطريقة المقترحة عليك من المعالجة النفسية تقود عند كثير من المرضى إلى التحسن بصورة مثبتة علمياً. لقد تم اختبار هذه الطريقة علمياً بشكل مبرهن إلى التحسن. (وفي حالة الضرورة يمكن ذكر حقائق وأرقام). وفي حالتك هناك أمل بتحقيق ذلك. ولكن أنت وحدك من يستطيع التأثير بشكل حاسم على هذا الأمل بالنجاح».

معلومات حول طبيعة العلاج

مثال: « إن هذا النوع من العلاج يتطلب منك أن تساعد أنت نفسك بصورة أساسية».

ولكن كيف يمكنك المساعدة؟ «في هذا المقام فإن القرار ضروري حول شكل

الدعم الذي يحتاجه المتعالج. ومن هنا تنبع عدة متغيرات لمطلب المساعدة هذا. وسوف نقوم هنا بعرض اثنين من هذه المتغيرات تعتبران نموذجيتان بالنسبة لمساهمة داعمة أكبر ولمساهمة داعمة أصغر».

المتغيرة (١): طبيعة داعمة أكثر وضوحا للمعالجة لدى مرضى يعانون من اضطرابات في الشخصية والأمراض النفسية الجسدية وصور أمراض أخرى مترافقة بكفاءة قليلة في تنظيم أساس العلاقة على سبيل المثال.

كيف يمكن للمتعالج أن يجعل المعالجة النفسية فاعلة؟

دعني أشرح لك في البداية ما هو الفرق بين المحادثة العلاجية النفسية والمحادثة التي تجريها مع الأصدقاء أو المعارف.

إن ما يهم المعالج النفسي هنا هو أن يتعرف إليك وإلى ردود أفعالك بشكل أفضل حتى يستطيع التعرف إليك بشكل أفضل. وهو عندما يفهمك بدقة فإنه يستطيع أن يساعدك فعلاً بشكل مباشر أو غير مباشر على حل مشكلاتك التي تعاني منها.

أما شكل هذه المساعدة التي يقدمها المعالج النفسي فهي ليست عبارة عن نصائح جيدة، مثلما يفعل أصدقاؤك فالمعالج لا يقدم نصائح. إنه يساعدك على أن تفهم نفسك بشكل أفضل، الأمر الذي يقودك في النهاية إلى أن تعرف ما الذي عليك فعله، وما الذي يناسبك أو لا يناسبك فيما يتعلق بك أو فيما يتعلق بعلاقاتك بالآخرين. وطبعاً سوف يقول لك المعالج رأيه عندما يرى أنك سوف تقوم بشيء ما من دون تفكير بسبب الشعور الراهن بالغضب أو الحقد أو التوتر أو الميل لشخص ما، الأمر الذي يمكن له أن يضرك أو يضر بالآخرين. (قطع الحديث للاستفسار)

إلا أن الاهتمام الرئيسي للمعالج وهدفه الأول والأخير هو أن تقرر وحدك.

يدور الحديث في غالبيته في الجلسات العلاجية حول الأشياء التي لا يتحدث حولها الإنسان كثيراً في حياته اليومية. فالحديث يدور في غالبيته حول المشاعر والحاجات

والرغبات والمضايقات أو حول أشكال من السلوك الخاطئ أو الأحاسيس المزعجة أو المخجلة أو غير المفهومة والتي عادة ما نخفيها عن الآخرين ولا نتحدث حولها.

ومن الطبيعي ألا يستطيع الإنسان الحديث منذ البداية عما يحركه ويقلقه أو يشغل تفكيره. كما وأن كثير من الناس لا يدركون أنهم مشحونون داخليا بالصراع والتوتر ولا يدركون أنهم يبنون علاقاتهم بالأصل بصورة صراعية أو توترية ومسببة للمرض.... (قطع الحديث للاستفسار، وتقديم توضيحات).

ومن هنا فإنه ليس المطلوب منك الحديث حول أمور لا تعرفها أبداً، غير أن المطلوب منك منذ البداية أن تتحدث بصراحة حول المشكلات التي تشعر أنها تعاني منها وتسبب لك الإزعاج والتوتر وأن تظهر الكثير من داخلك ومن مشاعرك. عليك أن تقول لمعالجك مثلاً إذا ما شعرت بأن لديك اعتراضات عليه أو عندما تشعر أو تشك بأنه لا يتقبلك بالشكل الذي تتوقعه أنت منه. كما وأنك تستطيع أن تساعد معالجك من خلال سعيك الدائم ومحاولتك إيجاد أسباب مرضك أو اضطرابك وكيف حدث هذا الاضطراب. (قطع الحديث للاستفسار...والتوضيح).

وعليك الصبر أيضاً وأن تنظر بصورة أخرى للآلام والشكاوى التي تعاني منها، أي أن تنظر للآلام من زوايا أخرى غير الزوايا التي اعتدت النظر من خلالها حتى الآن.

وبعد مضي وقت معين من العلاج سوف تلاحظ أن مرضك أو اضطرابك قد بدأ يتغير. وهنا يمكن للأعراض والشكاوى أن تختفي فجأة، أو تتبدل. حاول أن تربط ذلك مع ما تشهده أو تعيشه في الجلسات العلاجية. ومن المهم هنا أن تلاحظ (تحركات الأعراض) هذه مع مجرى المعالجة، ومن الممكن جداً أن يحصل أن تشعر بالسوء والاكتئاب وأن تصل إلى مرحلة تعتقد فيها أن العلاج لا يقدم لك شيئاً وأنه عديم الجدوى، وقد تفكر هنا بقطع العلاج وربما تشعر باليأس والاستسلام. فإذا ما حدث شيء من هذا وشعرت بذلك فعليك أن تتذكر هذه المعلومات وتذكر أنه عليك هنا

محاولة إدراك ومعرفة أن اشتداد الأعراض والسوء الذي تشعر فيه في العلاج النفسي غالباً ما يشبه ما حدث في الوقت الذي نشأت فيه آلامك ومشكلاتك. ولكن على عكس الوقت الذي نشأت فيه آلامك ومشكلاتك فالفرصة مواتية الآن في العلاج من أجل التعرف إلى المشكلات وأسبابها وحلها. إن (حركة الأعراض هذه) أي ازدياد الأعراض سوءاً أو تغيرها يمكن أن تفتح الباب نحو حل الصراع ولتطوير شخصيتك. (قطع الحديث للاستفسار...والتوضيح).

وتذكر أنك لست وحدك الذي يمكن أن يشكك بالعلاج. فمحيطك أيضاً قد يشكك به. فالعلاج سوف يحدث لديك بعض التغيرات التي سيلاحظها محيطك. وهذه التغيرات قد لا تعجب محيطك، وسوف ينتقدك أصدقاؤك أو أهلك أو زوجك على تغيرك معهم وسوف ينصحوك بقطع العلاج ويشككون به. تحدث حول ذلك مع معالجك وحاول فهم انتقادات المحيط ذلك في إطار ما قيل سابقاً. (قطع الحديث للاستفسار...والتوضيح).

المتغيرة (٢): الطبيعة الداعمة الأقل وضوحا للعلاج:

مثال ذلك في العصابات النمطية مع الحفاظ على القدرات لمدى بعيد في تنظيم أساس العلاقة. مثال ذلك نشير إلى جلسة معلومات معدلة أثبتت فاعليتها في الممارسة العملية مقتبسة عن المراجع. والفارق الأساس عن المتغيرة (١) يتمثل في وضع إطار معياري أوثق متعلق خصوصاً باتجاهات التقارب-التجنب للمتعالج. وتجيز القدرة المكتسبة الأفضل للمتعالج في قيادة سلوكه طرح متطلبات أعلى في عكس الذات أو التعبير عنها والإدراك الاجتماعي.

حول ماذا يدور العلاج النفسي؟ وما الذي يحدث في العلاج؟

حتى الآن تحدث معالجك كثيراً، أما الآن فسوف يتحدث أقل. والسبب في حديثي الكثير هو أنني أريد أن أوضح لك الآن هذه الأمور. وهناك سبب وجيه في ألا

يتحدث معالجك كثيراً في العلاج:

يتوقع كل شخص أنه يستطيع الحديث مع المعالج النفسي حول مشكلاته وبعد ذلك سيحصل على نصيحة منه تحل له كل شيء. ولكن هذا غير صحيح فالأمر لا يسير على هذا النحو. فما أسهل من النصيحة وتوفير عبء العلاج النفسي. وقبل أن تأتي إلى هنا حصلت على نصائح من كل الأشخاص الممكنين من أخوك أو أختك من زوجك أو زوجتك من الأصدقاء والزملاء أو من طبيبك الذي راجعته...الخ. وأغلب هؤلاء يعرفونك جيداً أكثر من المعالج. ولو كان الأمر يتعلق بمجرد تقديم نصيحة من النصائح فهؤلاء أقدر مني على تقديم النصيحة لك. وفي الحقيقة فإن أغلب الناس يمتلكون تصوراً جيداً حول الأمور الخاطئة وهم عندما يقدمون نصيحة لشخص يعاني من مشكلة مشابهة لمشكلتهم يعتقدون أن هذا سيفيده. غير أن ذلك غير صحيح. وللأسف فإن الناس الذين يقدمون نصيحة يقترحون حلولاً كانت قد ناسبتهم هم شخصياً، إلا أنها لن تساعدك أنت شخصياً. ولو كانت النصائح التي حصلت عليها من هؤلاء فإنه من غير المنطقي أن تكون هنا الآن. إن معالجك يريد أن يساعدك في إيجاد ماذا تريد أن تفعل أنت فعلاً، وما هو الحل الأفضل بالنسبة لك. وليس من مهمته تقديم النصح وإنما مساعدتك على أن تكتشف بنفسك كيف ستحل مشكلاتك.

ولكن ما معنى كل هذا؟

عندما يلاحظ معالجك أنك قلق من شيء ما فإنه يمكن أن ينبهك إلى ذلك ولكن القرار الأخير حول مدا يجب أن تفعل يجب أن تتخذه بنفسك.

والميزة الكبرى التي ستحصل عليها من معالجك هي أنه غير مجبر على القيام بأي تصرف. إنه لا يعتقد أنه يعرف ما يناسبك أنت أكثر منك ولكنه سوف يحاول مساعدتك على إيجاد الأفضل بالنسبة لك. إنه لا يعتقد أنه يعرف الإجابة عن كل شيء يخصك. إنه يريد فقط أن يفهمك لماذا تقوم بأشياء معينة.

ما الذي يجري في العلاج ذاته؟

حول ماذا ستتحدث؟ ماذا عليك أن تفعل؟ كيف يجري كل هذا؟

إنك سوف تتحدث عن رغباتك ومشاعرك الحالية والماضية.

ولكن لماذا الحديث عن الرغبات والمشاعر مهم وما الذي سيساعدك فيه؟

هناك أسباب كثيرة. إننا لا نتحدث حول أمور وأشياء كثيرة لأنها شخصية جداً أو لأننا إذا ما تحدثنا عنها سنجرح مشاعر الآخرين أو لأن الآخرين سوف يقيموننا بشكل سيئ إذا ما تحدثنا حول ذلك أو لأسباب أخرى كثيرة.

ولكن مع معالجك ستلاحظ بأنك تستطيع الحديث حول كل شيء وأي شيء يخطر ببالك، وأنه لن يملك أية أحكام مسبقة حول ما هو صحيح وما هو خطأ بالنسبة لك أو ما هو الحل الأمثل بالنسبة لك. إنه لن يعتبرك مخطئاً أم مصيباً، طيباً أم شريراً، سيئاً أم جدياً، خلوقاً أم غير خلوق....الخ.

إن الحديث مهم جداً لأنه سيساعدك بالوصول إلى ذلك الذي تريده فعلاً.

إن المشكلة التي يواجهها الأغلبية في اتخاذ قرار ما هي ليست أنهم لا يعرفون الكثير. وإنما لأنهم عندما يمتلكون الفرصة للحديث مع شخص ما حول ذلك فإنه سرعان ما يقوم باتخاذ القرار عنهم. هل جربت الحديث مع شخص ما مرة ولاحظت أنه يقرر لك ما ذا عليك أن تفعل لتحل مشكلتك؟

أما مهمة المعالج فهي أن يساعدك على اتخاذ القرار بنفسك. إنك أنت من يقرر.

وهناك سبب آخر، ألا وهو أن أغلبنا غير صريح مع نفسه. إننا نحاول خداع أنفسنا ومهمة معالجك أن ينبهك إلى ذلك عندما تخدع نفسك. إنه لن يحاول الحديث معك عما يفكر (كأن يقول لك أني اعتقد أنك تخدع نفسك) فهذا لن يقوله لك أبداً، ولكنه سوف يوضح لك أن الأمرين اللذين تحدثت عنهما متناقضان أو غير متوافقين مع بعضهما.

إنك تعرف أن المشاعر يجب أن تتطابق أو تتوافق مع بعضها تماماً مثل ١+١ = ٢ . غير أننا أحياناً نخدع أنفسنا ونحاول أن نقنع أنفسنا أن الناتج هو ٣ . ومهمة معالجك أن يذكرك عندما تفعل ذلك.

فلنتناول على سبيل المثال مشاعرك المتناقضة تجاه أهلك أو زوجك أو أصدقائك.

إنك تحدثني مثلاً حول أشياء كثيرة لا ترغبها في زوجتك أو أمك أو أبيك ...الخ، وكم أنت ضجر معهم وأنهم يكادون يخنقونك في أسلوبهم...الخ، ولكن هناك أسباب كامنة خلف استمرار العيش مع هؤلاء والتعامل معهم، والدليل استمرار علاقتك بهم. ومهمة معالجك مساعدتك على تحديد كل المشاعر والحقائق المهمة بحيث تستطيع إيجاد حل يراعي كل شيء. وقد يكون هذا صعباً في بعض الأحيان لأن هذه المشاعر تبدو أحياناً غير قابلة للمطابقة مع بعضها، ولكن من ناحية أخرى لو لم يكن الأمر صعباً بالنسبة لك لما كنت هنا الآن.

ومن الممكن أن تكون قد سمعت أن المعالجين النفسيين يهتمون باللاشعور. فما المقصود باللاشعور؟

اللاشعور ليس شيئاً مليئاً بالأسرار المخيفة إذا ما نظرنا إليه. مثال: من المؤكد أنك قابلت أشخاصاً معينين، وبمجرد أن قابلتهم شعرت بالغضب أو النفور أو العدوانية تجاههم. ولكنك لم تستطع معرفة ماذا فعلوه بك حتى تشعر تجاههم هكذا. إن هذا الشخص يمكن أن يذكرك بشخص ما، ولكنك غير مدرك لذلك. إن الشخص الذي تذكرته هو شخص أنت غاضب منه، وهكذا فإنك قد قمت بنقل غضبك على الشخص الموجود أمامك.

وإذا ما لم تدرك أسباب مثل هذا الشعور فسوف يقول لك المعالج النفسي أن الأسباب لاشعورية. ومن خلال إدراك أسباب غضبنا من شخص ما فإننا نستطيع التعامل مع هذا الشخص بصورة أكثر واقعية. إنه لمن الممكن جداً أن يكون شخصاً ما لطيفاً جداً

ولكن لأنه يشبه شخصاً ما لا نحبه فإننا نتجنبه ولا نتعامل معه لأننا لا ندرك هذا التشابه. ومهمة المعالج مساعدتك على معرفة على إيضاح هذه المشاعر وتعلم فهم الأسباب الحقيقية.

وعندما تتقدم في العلاج فإنك سوف تلاحظ أن بعض المقربين منك والذين كانوا يؤيدون حصولك على العلاج قد بدئوا بالتعبير عن مشاعر أنهم قد لاحظوا أن العلاج لا يساعدك. ولكن هذا بالذات إشارة إلى أنك بدأت أنت تتغير. وهذا التغير بالذات هو ما يحير ويقلق هؤلاء. عليك معرفة أنه دائماً تقريباً وفي أثناء العلاج سوف يكون بعض الأشخاص المقربين منك مقتنعين أن حالتك تزداد سوءاً وغالباً ما يكون ذلك بالضبط في الوقت الذي بدأت فيه أنت بالتحسن.

وأنت نفسك قد تشعر بالتراجع والإحباط في مرحلة العلاج. إنك تعرف أنك سوف تشعر أنك لا تحقق أي تقدم وأن معالجك شخص (مغفل) و(غبي) وأنه ليس منه أية فائدة ترجى....ومن المهم هنا ألا تستسلم لهذه المشاعر عند ظهورها.

إنك تدرك أن ما سيحدث سيكون مزعجاً وأن ما سيحدث هو أنك ستعاني من صعوبة في المحافظة على مواعيدك، وذلك عندما تبدأ تتحدث حول أمور صعبة. وقد تجد نفسك غير قادر على ترك العمل الذي تقوم به الآن وأنه عليك القيام بأعمال كثيرة أو أنك مرتبط بمواعيد اجتماعية أخرى. أو أن تتأخر عن الموعد وكل ذلك يحدث بالتحديد في وقت مواعيد العلاج. وكل هذه الأمور يبدو بأنها ليس لها علاقة بالعلاج، إلا أن العجب في ذلك أن تلك الأشياء تحدث بالذات في الوقت الذي يصبح فيه الأمر في العلاج صعباً جداً. الأمر الذي يشير إلى أنك تتقدم نحو شيء ما صعب ومهم. وهذا يعد من أهم اللحظات من أجل المحافظة على المواعيد . وهذا ما يسميه المعالجون النفسيون (بالمقاومة). وهي سوف تحدث إن عاجلاً أو آجلاً، والإمكانية الوحيدة لحماية ذاتك ضد ذلك هي عدم السماح لنفسك بالحكم حول أهمية الموعد المعطى، وإنما عليك فقط أن تقرر الذهاب إلى هناك، وليكن ما يكون. بكلمات أخرى عندما تقرر

موعداً فعليك المحافظة عليه. وهذا لا يعني أنك تستطيع تأجيل جلسة لأسباب وجيهة شريطة الاتفاق مع المعالج على ذلك. فإذا كنت تعرف مسبقاً مثلاً أنك مرتبط بمواعيد محددة فإن تغيبك عن الجلسة لن يضر بالعلاج. وهناك أمر آخر: غالباً ما سوف تشعر بعدم الراحة في العلاج. فمن ناحية لن يساعدك معالجك في اختيار الموضوع. وعليك وحدك اختيار ما تقوله. وعملياً فإننا غالباً ما نفرق بين ما نفكر به بين ما نقوله. أما في العلاج فذلك عديم الأهمية، عليك أن تقول ما تفكر به، كل ما يخطر ببالك حتى عندما تعتقد أن ذلك أمر غير مهم وليس له معنى. لا يهم ...المهم أن تقول ما تفكر فيه، حتى وإن اعتقدت أن ذلك سوف يزعج أو يقلق معالجك النفسي، وإذا ما اعتقدت أن معالجك غير كفء فقل له ذلك بصراحة. وسوف تلاحظ أن قول ذلك أمر صعب جداً. ولكن أحد أهم الأشياء التي عليك أن تتعلمها في العلاج هو أن تقول كل ما يخطر ببالك. وغالباً ما يكون ذلك الذي تعتقد أنه غير مهم هو المفتاح لشيء مهم. مثال ربما تشعر أن الغرفة حارة أو باردة وأن لباس المعالج لا يعجبك أو أن شعره طويل وان عليه الذهاب للحلاق أو حلاقة ذقنه أو ما شابه...وقد يبدو لك أنه من الوقاحة قول ذلك، ورغم ذلك قل ذلك لمعالجك إذا ما خطر على بالك.

كثيراً ما استنتجنا أن ذلك على درجة كبيرة من الأهمية. فلنجعل من ذلك قاعدة مطلقة...لا تفكر أبداً بما عليك قوله لأنك إذا فكرت كثيراً بما يجب قوله فإنك تحمي نفسك من مواجهة أشياء مهمة بالنسبة لك، وهذا سيعيق العلاج...قل دائماً ما يخطر على بالك مهما يكن.

تمرين تحضيري للتعامل مع متطلبات محددة أثناء العلاج:

بغية تحضير المتعالجين قليلي القدرة على التعبير يمكن استكمال المعلومات المقدمة لهم حول طبيعة العلاج بأمثلة من مقاطع من جلسات ناجحة مسجلة على الفيديو أو شريط تسجيل من أجل المساعدة على حل مشكلات التفاهم في البداية وذلك من خلال التعلم وفق النموذج وتحقيق شروط لمراعاة قواعد أساسية معينة في بناء العلاقة

العلاجية.

وفي بعض الأحوال يمكن من خلال التدريب المصمم مسبقاً التمرن على التمييز بين السلوك المرغوب والسلوك الأقل رغبة من الناحية العلاجية. ولا بد من الانتباه إلى أن مثل هذا التدريب لا يهدف أساساً إلى البحث في المجالات المرضية، وإنما يهدف إلى تحقيق شرط أفضل من أجل تحقيق الأهداف العلاجية. ومثلما هو الأمر في التحضير للعمليات الجراحية من خلال «تمارين مواجهة» فإن مجرى العلاج يتأثر بشكل غير مباشر من خلال تأثيرات نسبة المضاعفات على سبيل المثال.

أمثلة:

هنا يمكن الاستفادة من مجريين اثنين كأمثلة تمت مناقشتهما في محاضرات الإشراف Supervision، وسوف نقوم هنا بعرضهما في صورة أهم النقاط:

يتعلق الأمر بسيدتين تمت معالجتهما في مستشفى الجامعة معالجة فردية دون إقامة في المستشفى من قبل معالجين اثنين في هذا المستشفى. كان متوسط عدد الجلسات ثلاث ساعات في الأسبوع. وإلى جانب المعالجة الفردية تم تقديم إجراءات الاسترخاء الذاتي والمعالجة بالانشغال ضمن المجموعة. تمت كتابة القصة المرضية البعدية (التتبعية) Catamnese بعد ١٤ شهراً على الأقل.

الحالة الأولى:

تبلغ بهية السابعة والثلاثين من العمر ومتزوجة ولها طفلان وتعمل موظفة مبيعات. كان التشخيص عصاب، والأعراض نوبات شقيقة بالإضافة إلى أنه ظهرت مؤخراً نوبات قلب تم تمثلها بشكل رهابي. مدة الأعراض سنتان تقريباً. عدد ساعات العلاج ١٤ جلسة علاج.

حضرت بهية للجلسة العلاجية الأولى على خير وجه، وكانت مستعدة للمشاركة دون شروط وأعطت انطباعاً طموحاً وواثقاً. وورطت المعالجة الشابة مباشرة بحديث

حول تاريخ حياتها وظروفها الأسرية وظروف حياتها المهنية وربطت كل ذلك مع معارف من الجلسات التشخيصية: لقد كان طموحها في تنظيم كل موقف بدقة كبيرة قدر الإمكان، وجزئياً من خلال بذل مجهود كبير في التنظيم، معروفاً لديها على أنه مشكلة. لقد ناقشت بانتظام المواقف كافة التي لم يتم تذليلها من خلال هذا الاتجاه، الموقف تلو الآخر، والتي أمكنها إدراكها على أنها مواقف مثيرة للألم. وتحدثت حول مشكلاتها مع زملاء العمل الذين عليها مراقبتهم باستمرار. وكانت تبكي أحياناً فيما يتعلق باضطرابات في النشوة الجنسية لديها والوضع الأسري المتوتر. وبدت هنا بحاجة للمساعدة ولكن بطريقة مقبولة جداً. لم يكن لدى المعالجة مشكلة في الاهتمام بالأمل العلاجي الرقيق الذي أشعته المرأة وشعرت أنها متأكدة من نجاح العلاج. تحدثت المعالجة كثيراً وساعدت المتعالجة من خلال اتخاذها باستمرار الموقف المتفهم من أجل التعبير المباشر عن تصوراتها.

وبعد ثلاثين دقيقة من الجلسة تم تحديد هدف مشترك: ستحاولان من خلال عشرين محادثة على الأكثر جعل الميول الدقيقة الموصوفة نسبية، وذلك بأن تصبح قادرة على تحمل المشاعر التي لها علاقة بخبرة عدم الكفاءة والضبط الناقص كلياً. ربما تصبح عندئذ قادرة على «الانطلاق» والاستمتاع بهذا الانطلاق.

تعليق: تحقق المستوى العالي من التعاون هنا من خلال أن المتعالجة قد سمحت وأتاحت من خلال الإيضاح الدقيق التحضير للموقف العلاجي منذ البداية بمقدار مرتفع من ضبط الموقف، الذي ازداد قوة من خلال التلاؤم المبدئي للمعالجة مع قواعد العلاقة عند المتعالجة. وبما أن قواعد العلاقة كانت: «أتيحي لي وضوح رؤية واسعة (ضبط) في الموقف» قابلة للتطبيق، فإن ذلك يؤدي إلى حدوث نوع من الاستقرار (وكذلك آلام الشقيقة التي كانت قد هدأت). وهنا يمكن للحاجات والرغبات المرتبط إشباعها بقواعد العلاقة تلك أن تظهر وأن يتم إشباعها: تستطيع المتعالجة أن تنشط رغبتها في الثقة بالموقف على الأقل من خلال الاختيار المبكر للمواضيع الجنسية

والبكاء وإشارات أخرىٰ من الحاجة للمساعدة. وعلىٰ الرغم من أنه بهذا يبدو أن هدف العلاج قد تراجع لأن التنشيط البعيد عن الشعور للحاجات بمساعدة المعالجة يعيق دون شك اندماج هذه الحاجات في الشعور، إلا أن السماح لمثل هذا النوع من «المقاومة ضد أن يصبح النقل شعورياً» يخدم النقل، وذلك أنه من خلال السماح لمستوىٰ أعلىٰ من الوظيفة أثناء معالجة الموضوع (في تفاعل تركيبي)، يتيح للمتعالجة أن تعيش العلاقة علىٰ أنها علاقة مساعدة في حل مشكلتها.

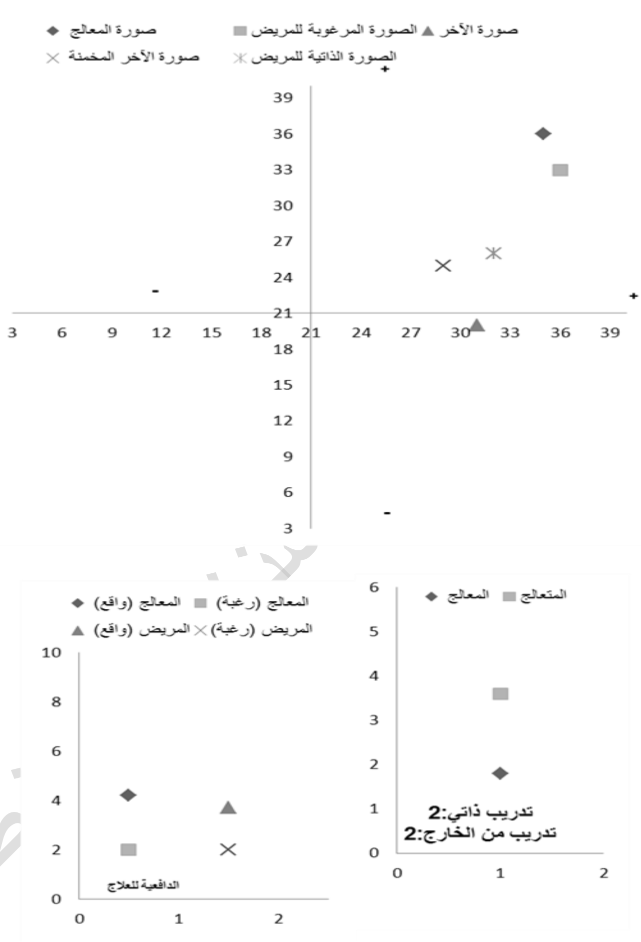
الحالة الثانية:

فريدة البالغة من العمر ١٨ سنة، غير متزوجة وتعمل سكرتيرة. التشخيص اضطراب شخصية نرجسية: محاولات عدة من الانتحار ومزاج انتحاري مزمن، مدة الاضطراب غير محددة بدقة، علىٰ الأقل منذ أربع سنوات، عدد جلسات العلاج ٢٩ جلسة.

التشخيص المحالة علىٰ أساسه: عدة محاولات من الانتحار دون سبب معروف، يعتقد في إطار الشخصية النرجسية. فشلت محاولات العلاج السابقة في السنوات الثلاثة السابقة، بعد وقت قصير من البدء بسبب انقطاع المتعالجة. وقد عبرت المتعالجة فيما يتعلق بتوقعاتها من العلاج عن نقطتين تبدوان غير مرتبطتين مع بعضهما: الأولىٰ إنها تريد التخلص من أفكار الانتحار الدائمة، وأضافت الجملة التالية إلىٰ جانب ذلك: «أمي هي المسؤولة عن كل ذلك، إنها تدفن سلطتي ولا تستمع لي ولا تقبل رأيي». وروت كأمثلة عن محاولاتها للانتحار مشهدين مقتضبين دون أي انفعال. فقد شعرت مرة أنها وحيدة أثناء ذهابها للعمل وأثناء السفر تناولت ٢٠ حبة منوم. والمرة الثانية وجب عليها تغيير عملها لأسباب فنية لوقت غير محدد، فقامت بقطع وريدها بقطعة من الزجاج. وقد روت ذلك بصوت مائع لا مبال. وحتىٰ عندما عبرت عن تصوراتها بأنها تشعر دائماً بأنها مصدودة فإن الإنسان يشعر عندها القليل من المس الذي يتحول مباشرة إلىٰ ضحكة أو عبارة مثيرة.

أدركت المعالجة رغبة المتعالجة في بناء علاقة غير رابطة عاطفياً قدر الإمكان. وكانت المتعالجة تستجيب لكل محاولة للاقتراب بمزيد من تعابير الشك اللفظي والإيمائي أو بالصمت. لقد حاولت المتعالجة تقبل التباعد الذي تريده المتعالجة رغم أنها لم تكن تشعر أن التعامل مع بعضهما يحمل أهمية في طياته.

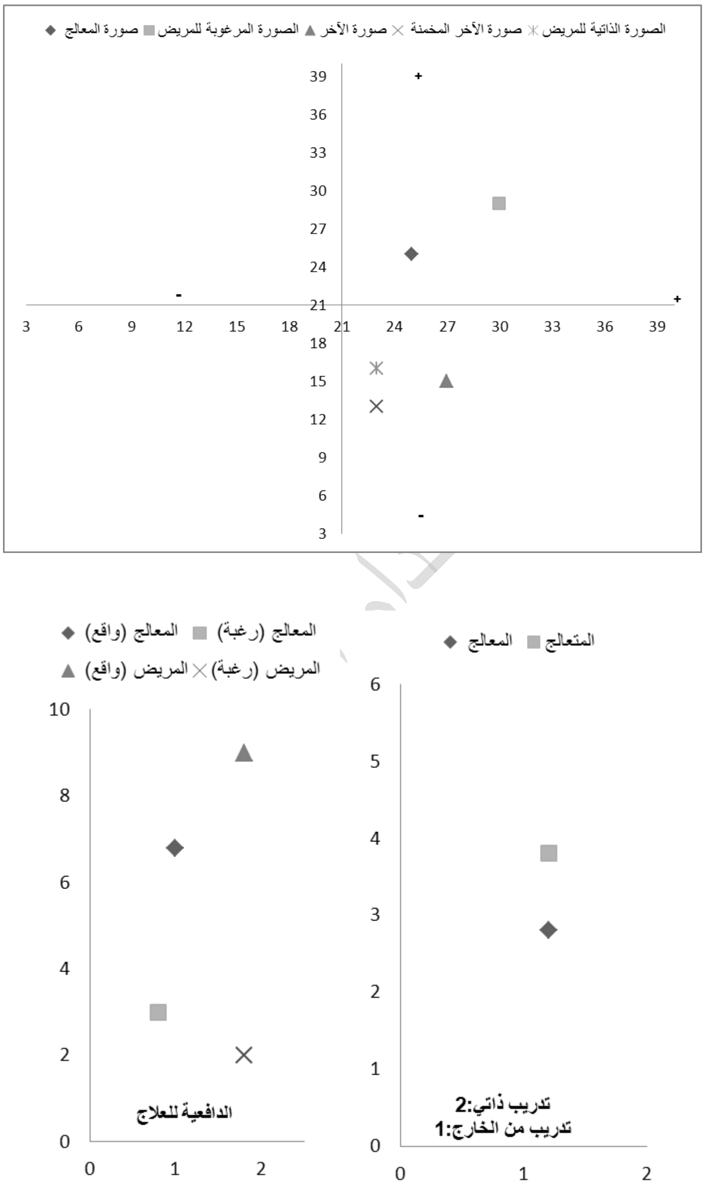
وبدا أن مراعاة حاجات البعد عند المتعالجة قد أثر عليها بجعلها أكثر ثقة. أما محاولات المعالجة في ملائمة نفسها مع أسلوب التعبير الطويل نوعاً ما للمتعالجة فقد جعل المتعالجة تصبح أكثر صراحة. وقد سعت المعالجة باستمرار إلى مراعاة الحدود الموضوعة من قبل المتعالجة وإلى عدم التأثر بتعابير قليلة التشجيع حول عدم أهمية العلاج. وعندما حضرت المتعالجة إلى الجلسة الثانية (صارحت المعالجة لاحقاً أنها حضرت للجلسة الثانية لأن المعالجة لم تجبرها على شيء) حددت بوضوح أنها لا ترى أية فائدة من العلاج وقد شكت أمها من جديد، التي لا تستطيع الحديث معها والتي ترفضها. وعن السؤال الحذر للمعالجة عما يمكن فعله في العلاج لحل المشكلة اقترحت المتعالجة أنها ربما تستطيع التعلم باتخاذ بعض القرارات، أي بالتخلص بأي شكل من التعلقية والتعامل بصورة أخرى مع المشكلات. وبعد هذا الإقرار بأنها تعطي للعلاقة الشخصية أهمية شخصية ما تراجعت مرة ثانية مباشرة بقولها: إلا أنها لا ترى أساساً لهذه الأهداف. وعلى أية حال فقد أتت إلى الجلسة التالية والتي دار فيها الحدث حول مواضيع مثل التباعد عن الأم والمناقشات العدوانية معها. استمرت المعالجة في تجنب ما يمكن للمتعالجة أن تفهمه على أنه خارق للحدود، إلا أنها شعرت باطراد برابطة ما في العلاقة.



شكل (١٢): التشكيلة الأولية للمتعالجة

تعليق: في الاضطراب الأساسي الموجود هنا لتنظيم العلاقة وخصوصاً توجيه البعد الاجتماعي يجب على المعالجة منذ البدء أن تأخذ وظيفة المُساعِدة في تنظيم التباعد. وهي تقوم بذلك من خلال محافظتها بفاعلية الإبقاء على التباعد (والحدود) التي تتيح للمتعالجة التعاون عموماً (أنظر شكل ١٣). واستجابت المعالجة تقريباً في إطار مستوى تنظيم قاعدة علاقة المعالج بالمتعالج فقط وحاولت مساعدة المتعالجة على التواصل الخالي من القلق قدر الإمكان. ومهما بدت المحتويات غنية فإنها لا تلعب في هذا الطور أي دور أساسي. فلو قامت المعالجة على سبيل المثال بالتعبير عن «المحتويات الداخلية الأساسية»، كما يقوم بها المعالجون المتمركزون حول المتعالج أو قامت بتفسير يقوم على المحتوى كما يقوم به محلل نفسي فإنها كانت ستدرك، بغض النظر عن صحة مضمونها، على أنها اقتراب أكثر من اللازم من قبل المعالج، وكانت برأينا ستؤدي إلى

قطع العلاج (كما حدث مع متعالجة سابقة).



شكل (13): التشكيلة الأولية للمتعالجة فريدة

لقد تم السماح لرغبات التباعد والاقتراب المترددة بالتحقق دون أن يتم التطرق للرغبات القائمة على هذه العلاقة ، أو الوصول للشعور. لقد ثبتت المعالجة بهذا شكل العلاقة التي مكنت بشكل كامل أن يتوافق التعاون العلاجي مع إمكانات المتعالجة. وينبغي ترجمة الهدف المبدئي المقترح للعلاج من المتعالجة بتعلم التباعد والنقاش على مستوى الاضطراب كذلك: إذ يتعلق الأمر أولاً بتوجيه العملية الأساسية التي تقود للمحافظة على الهوية وضبط الواقع في العلاقة بالإضافة إلى أنه يجب ضمان بقاء المنطقة المحرمة دون مس أو انجراح بطريقة عدوانية ومباشرة. وعندما ساعدت المعالجة في ضمانها فقد هيأت في الوقت نفسه الأرضية «لتمارين الدفاع» التي تهدف إليها المتعالجة بالأصل.

3- الطور الثاني: طور الاتساق أو التكامل

وصف الطور

في هذا الطور يتحقق الموقف العلاجي النفسي التكاملي الذي قد بدأ في الطور الأول. فالمتعالج يستطيع الاغتناء أو الاستفادة من المساعدة المهنية المتخصصة عندما يستطيع تحمل تجانس التناسب في العلاقة المتمثل في محتاج للمساعدة-مساعد، أي عندما يشعر بالثقة الكافية في العلاقة من أجل إظهار عجز لا كفاءته أو قصور الكفاءة النوعية عنده في تشكيل البيئة وفق الحاجات عموماً، إذ أنه بهذه الطريقة فقط يمكن تحقيق دوافع للتعديل. وفي الموضع الذي لا يتم فيه إدراك مثل هذا العجز (إن ما لا يعمل عندي هو المعدة)، فيجب جعله مدركاً، أي جعله معاشاً في العلاقة. ويتم ذلك على مرحلتين:

1- المرحلة الأولى:

يحظى المعالج بأهمية أو معنى مختلف حسب درجة الاضطراب، غير أنها مهمة من ناحية المنشأ المرضي وذلك من خلال أخذه لوظيفة نوعية في تنظيم أفعال المتعالج. وفي حال وجود اضطراب شديد يتم مباشرة موازنة عجز كفاءة التنظيم الأساس عند المتعالج، أي تحويل الموازنة من موازنة دون معالج إلى موازنة مع المعالج.

ويعتبر هذا الدخول للمعالج في وظيفة نوعية موازنة للعجز أو للشذوذ في التنظيم في منظومة المتعالج من الأمور النمطية بالنسبة لكل مساعدة اجتماعية، وخصوصاً للتفاعل العلاجي في العلاج النفسي. في هذا الطور تصبح البنية الشكلية للتفاعل العلاجي أكثر توازناً. ويتحدد عمق هذه العملية، أي درجة تعلق المتعالج، التي تطلق عليها في التحليل النفسي تسمية النكوص العلاجي، بشدة الاضطراب. فكلما كان الاضطراب شديداً كان على المعالج أخذ وظائف أكثر كي يستطيع المتعالج بمساعدته أن يصبح أكثر قدرة على التصرف. وعليه يتم تحقيق قدرة التصرف على شكل ضبط الذات والمحيط في الموقف العلاجي على هذا المستوى من عملية التعديل بطريقة التفاعل التكاملي فقط.

2- المرحلة الثانية:

يعبر المتعالج عن الطبيعة التكاملية- الداعمة للتفاعل على أنها مساعدة وناجحة (فيما يتعلق بتحسن العرض مثلاً من ناحية الشدة). فكل تعديل في شكل العلاقة يؤثر على مستوى العرض. ويمكن التعبير عن كل تأثير من وجهة نظر مشكلة العلاقة أو مشكلة كفاءة التنظيم.

أما المشكلات فتتمثل في وجود نمط مركب من المقاومة ضد علاقة تكاملية تجسد بشكل جزئي حتمية السلوك العرضي، وتعبر بشكل جزئي عن السلوك العرضي مباشرة (أنظر الفقرة 2.3 من الفصل الرابع).

وفي نهاية هذا الطور يعيش المتعالج الطبيعة المساعدة للعلاقة العلاجية بشكل من الأشكال (أنظر جدول ٣).

جدول (٣) الطور الثاني: الطور التكاملي

<table dir="rtl">
<tr><td colspan="2">• المستوىٰ المرغوب «لوظيفة الشخص» القدرة علىٰ الاستفادة من المساعدة النوعية (العلاج النفسي).</td></tr>
<tr><td>• مستوىٰ الدافع/ مستوىٰ علاقة العمل:</td><td>أمثلة توضيحية</td></tr>
<tr><td>• بداية الطور تطابق نهاية الطور الأول.
• في نهاية الطور
يؤثر العلاج النفسي علىٰ آلامي. إني أشهد علاقة بين الأعراض والموقف العلاجي.</td><td>- لقد أصبحت الأعراض بالنسبة لي هي الضوء الأخضر لسلوكي الخطأ.
- أعرف الآن في الغالب ما تعنيه أعراضي.
- أعرف الآن أنني أقوم بشيء ما خطأ عندما تظهر آلامي.</td></tr>
<tr><td colspan="2">• البنية الشكلية للتفاعل العلاجي: الميل للتوليف التكاملي المتسق (موازنة العجز في تنظيم العلاقة).</td></tr>
<tr><td colspan="2">• موضوع العلاج: مقاومات علىٰ طريق العلاقة المساعدة (مثال: أشكال عاجزة لصد العلاقة تجاه العروض الداعمة لبناء العلاقة).</td></tr>
<tr><td colspan="2">• وظيفة الاستراتيجية العلاجية: تعويض نوعي لعجز التنظيم من خلال تولي وظائف أساسية في تنظيم العلاقة.</td></tr>
</table>

أمثلة:

مثال (١):

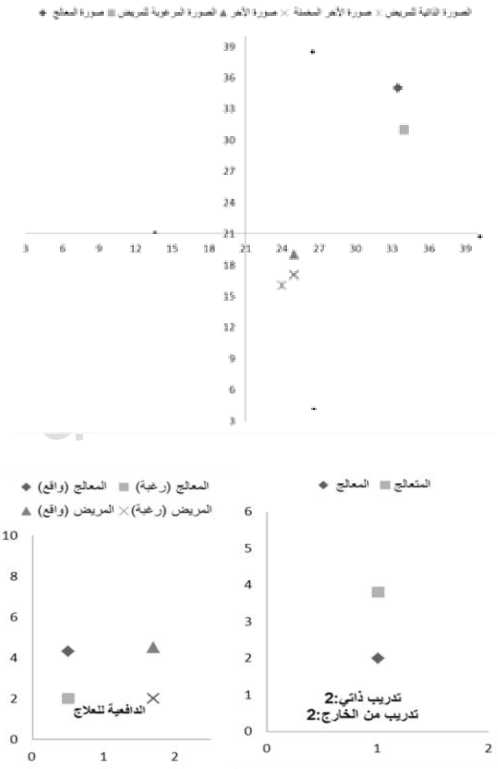
السيدة بهية: أثناء الجلسة الأولى والثانية من العلاج سعت المعالجة بفاعلية للإبقاء على الشروط التي طرحتها السيدة بهية. لقد أخذت جزءاً كبيراً إلى حد ما من الحديث (حوالي ٤٠٪). وتطرقت لفظياً أو شبه تعبيرياً لكل تصريحات المتعالجة تقريباً وحاولت – طبقاً لعرض المتعالجة – تحديد موضوع العلاقة خصوصاً «في الوقت الراهن خارج العلاقة»....وفي هذا الطور حددت المتعالجة بصورة أدق عدم رضاها: «أريد باستمرار أن أمتلك ضبطاً للموقف، ومع التأكد أن الآخر (زوجي، زملائي) يكن لي مشاعر إيجابية. فأنا عندما أسيطر على الموقف لا يكون الآخر راضياً ومن ثم أفقد اهتمامه. وعندما أتصرف على نحو أكون فيه محبوبة (كأن أبادر زوجي جنسياً) أشعر أني مجبرة بشكل لا يطاق وأني غير حرة».

لقد اتضح للمتعالجة في الجلسة الثالثة، بمساعدة المعالجة كم يرهقها أي شكل من أشكال عدم اليقين وإلى أي مدى هي متعلقة بردود الأفعال المطابقة لمعالجتها: ففي كل مرة لم تؤكد المعالجة ما قالته المتعالجة أو لم تستجب بأي شكل من أشكال ردود الفعل التعاطفية كانت تصبح المتعالجة غير أكيدة. وحتى مجرد الصمت البسيط على تعبير ما يجعلها تخرج عن طورها. لقد طالبت المعالجة أن تقوم بنشاط أكبر وشعرت بالراحة لكل استجابة لهذا المطلب. ومن هنا فقد حصلت البؤرة على تحديد ديناميكي: لقد تعرفت السيدة بهية على مشكلتها في هنا والآن من خلال الاستجابة بطريقة أخرى غير التشنج أو الفعل بأي ثمن أو كليهما معاً، على موقف تشكل فيه درجة معينة من فقدان الضبط وعدم التأكد ببساطة الشروط لتحقيق رغباتها وذاتها.

تعليق:

نظراً لقرب الشعور بالصراع المرضي ولقدرتها السليمة بدرجة كبيرة على تنظيم

أساس العلاقة لا تحتاج السيدة بهية إلا لفترة قصيرة إلى حد ما من الالتزام التكاملي من قبل المعالجة. فتضييق الجزء التكاملي من الفاعلية يقود إلى مواجهة يمكن تحملها للعجز الذاتي الخاص في تنظيم العلاقة وإلى بناء البؤرة الدينامية كخط توجه مستقبلي أدق. ومن ناحية أخرى يحدث نكوص معتدل للمتعالجة التي تشعر باعتمادها على المعالجة بوضوح، وتسمح لحاجات التعلق بشكل قليل الوضوح. ويتضح هذا المظهر لتعديل شكل التفاعل العلاجي من خلال التشخيص المرافق (الشكل ١٤). ففي حين أنه تتجلى في الجلسة الأولى والثانية تشكيلة أولية نمطية من خلال قيام المتعالجة بدور مثبِّت –مناسب للمقاومة– (الشكل ١٢)، تظهر في الجلسة الثالثة تشكيلة أكثر اتساقاً ووضوحاً مترافقة بقيم أعلى من القلق والتباعد.



شكل (14): الطور الثاني: المتعالجة فريدة «نكوص معتدل»

مثال (٢): الآنسة فريدة

سعت المعالجة خلال عدة جلسات إلى عدم تمزيق الاتصال غير المستقر (أنظر الطور الأول). واستجابت المتعالجة بحساسية شديدة لكل اقتراب وتباعد. وبعد أن انزلقت في الجلسة الثالثة في وصف الأضرار التي ألحقتها فيها أمها: «حتى قبل الولادة كنت عائقاً في طريقها وبعد ذلك كنت سبباً في اضطراب علاقتها بالرجال»، تراجعت مباشرة في حركة انفعالية شديدة: «إذا كانت أمي لا ترغب بي، فهل يجب على شخص آخر أن يتقبلني؟» .... الشيء الوحيد الذي ظهر هنا هو الخيبة....«معي لن تصلي لأريحية في التعامل... إني كالطقس في شهر شباط». وعندما قامت المعالجة في الجلسة الخامسة بمحاولة حذرة في وصف العلاقة قائلة: «إني أبذل جهداً ألا أجرحك ولكن يبدو أن ذلك لا يسبب لك إلا الإزعاج!»، هددت المتعالجة بأنها ستقطع الاتصال مباشرة: «ماذا تريدين مني؟ دعيني وشأني»أصمتت حتى نهاية الجلسة. في الجلسة التالية تحدثت حول أن إحساسها بالجرح قد يكون على علاقة بذلك. ويمكن بشكل خاص مناقشة العلاقة بين «الانجراح» الراهن والميول العدوانية، وعلى الأخص الميول المدمرة للذات ووضع «تقلبات مزاجها» ضمن هذه الميول هنا أيضاً....الآن يحظى موضوع العلاقة بمعالم: «إنه أمر لا يحتمل بالنسبة لي أن أشعر أني متعلقة، فأنا إما أن أحطم العلاقة أو أحطم نفسي. أريد أن أتجنب بأي شكل من الأشكال الوصول إلى هذا الوضع قبل أن اعترف أني أحتاج لشخص ما استبد به من خلال تقلبات مزاجي، إلا أنه من الممكن أني أحتاج إلى شخص يهتم بي وألا أكون هكذا أُجرح فيها في كل صغيرة وكبيره».

وبغض النظر عن هذا الإدراك فقد استمرت العلاقة لاحقاً كعلاقة «البستاني بنبات ست الحسن». فقد كان أبسط جهد تبذله المعالجة يؤدي للانهيار، أي إلى التهديد بعدم التعاون. إلا أن المتعالجة قد سمحت بشكل متزايد أن تتحول العلاقة إلى موضوع النقاش وعبرت عن تأرجحات غير عادية في العلاقة. فمن ناحية تقبلت بسرور اهتمام المتعالجة بها، إلا أنها من ناحية أخرى تفضل قطع لسانها من أن تعترف بمثل هذا

الشيء؛ إذ كيف سيكون عليه الأمر لو حصل أن حدثت مواجهة عنيفة؟ واستمر الفشل (الجلسة الثانية عشر) في الإبقاء على التزام مستقر، رغم جهود المعالجة الداعمة والموازنة، خلال الجلسة العلاجية ولمدة ساعة كاملة. وكان تعليق المتعالجة: «إني أتصرف بهذه الطريقة كي لا تقتربي مني أكثر». وفي هذه الأثناء صدت المعالجة محاولة من الأم بأن تحاول التأثير على مجرى العلاج عند ابنتها -وقد ظهر لاحقاً أن الأم نفسها بحاجة للعلاج-. لقد أرعب المتعالجة غضبها غير العادي الذي بدا منها تجاه متعالجة أخرى أكبر منها سناً عندما حاولت هذه الأخيرة نصحها. ولأول مرة تمكنت من رؤية العلاقة بين الخوف من نزواتها الذاتية ومشكلة العلاقة لديها: «إني أملك وحشاً في داخلي، لقد كنت دائماً أخاف من أن أحب أحداً ما، ماذا سيحدث لو غضب أحد ما من الآخر؟». لم يكن هذه المرة من الصعب فهم أن هذا السؤال موجه للمعالجة: «ماذا سيحصل لو غضبتِ مني، هل ستتركينني وحدي ثانية؟».

وقد أدى الحديث حول الرغبة التي تجلت الآن بالدعم الموثوق به والاهتمام ومخاوفها من تعريض الارتباط الناشئ من خلال تقلبات مزاجها ومن خلال سلوكها الفوضوي للخطر وعدم الثقة فيما يتعلق بدرجة الثقة بالمعالجة، أدى إلى نوعية جديد للعلاقة: فقد بدت المتعالجة أكثر توازناً واستقراراً من الناحية الانفعالية وأكثر تركيزاً؛ وبدا المزاج أفضل وانخفضت قابليتها للتعكر. وقد عبرت المتعالجة عن هذا التعديل بأنه يمثل تقدماً بالنسبة لها.

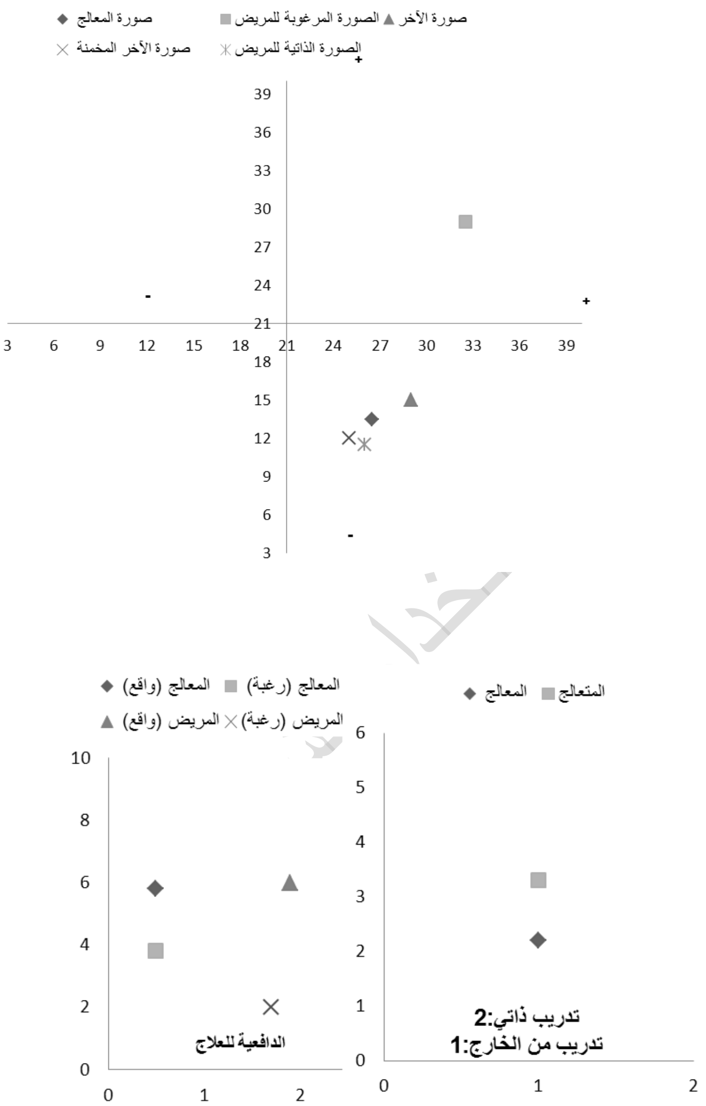
تعليق:

استغرق أكثر من اثنتي عشرة جلسة قبل أن تشعر فريدة بالطابع المساعد والداعم المتسق للعلاقة العلاجية. وفي هذا الوقت تمسكت المعالجة بشدة بمخطط موازنة عدم كفاءة (عجز) المتعالجة على تنظيم العلاقة (تنظيم التباعد- التقارب)، من أجل تحقيق درجة محددة من التعاون والوصول من خلال التصرفات المرتبطة بذلك إلى تمايز أوسع للعلاقة. أما من الناحية المضمونية فقد وجهت نفسها إلى موضوع العلاقة العام نسبياً

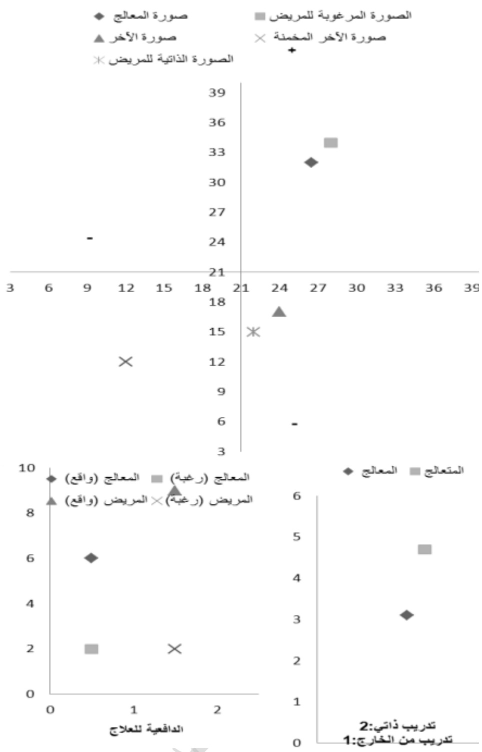
«المشاعر والرغبات» في تجنب إقامة علاقة بشخص ما بأي شكل من الأشكال...، وحققت أخيراً أن المتعالجة استطاعت تحمل الميول المزدوجة الموجودة واقعياً... «إذا عبرت عن رغباتي فإني سأكون وحيدة ومهانة وعدوانية...الخ» إلى حد ما في التفاعل. إلا أن هذا لا يمكن أن يتم إلا في جلسة تكاملية، والتي تم تشبيهها في جلسة إشراف supervision حول هذا العلاج بعلاقة البستاني بنبات ست الحسن. فعلى الرغم من الحذر والعناية المستمرة، تحدث أزمات درامية تنعكس في التشخيص المرافق كذلك. فبعد الجلسة الثانية تصبح رغبات التباعد أكثر وضوحاً (الشكل ١٣)، وبعد طور من التحديد الناقص في الجلسة الرابعة أصبحت التباعدات أقل، إلا أن المتعالجة تعيش المعالجة متماهية مع الذات الخاصة (الشكل ١٥)، وفي الجلسة الخامسة ترتفع قيم القلق ثانية (الشكل ١٦)، ويكبر التباعد-الواقعي وينشأ الانطباع أنها تقيم من المعالجة بشكل سلبي جداً. ويستمر هذا التذبذب بعد الجلسة الثانية عشرة إلا أن قيم التباعد تتقارب (يعطي كلاهما قيماً واقعية عند الـ ٤ وتتمنيان ٢).

إن ما أعطى المعالجة الثقة في هذا الطور من العلاج هو الوضع أن المتعالجة قد عبرت واحتفظت على المقياس عن رغبتها بالتقارب (حتى في المواقف التي تعيق فيها شعورياً مثل هذا التقارب. أظهرت المعالجة نفسها تذبذبات شبيهة ولكن أقل وضوحاً في تقدير التباعد-الواقعي، بتقديرات المتعالجة وبقيت كذلك ثابتة في التباعد-الرغبة. في نهاية هذا الطور سمحت المتعالجة بتقارب أكثر واقعية وثباتاً وعبرت عن المظهر المساعد للعلاقة بوضوح.

وعندما تم في نهاية المعالجة إجراء تقدير للظروف التي ربما كانت الحاسمة بالنسبة لهذا المجرى، برز بصورة خاصة قدرة المعالجة في إعطاء إجابة مباشرة وتكاملية عن كل



شكل (١٥):المرحلة الثانية المتعالجة فريدة في الجلسة الرابعة)



شكل (16): الطور الثاني – المتعالجة فريدة في الجلسة الخامسة

سؤال طرحته المتعالجة (هل تتحملينني؟ هل أنت أمينة؟ هل ما زلت تكنين لي شيئاً ما؟) وفي قدرتها على صياغة تعابيرها التفسيرية في صورة ترميز لغوي للحوادث القابلة للفهم بشكل ملموس ومباشرة في العلاقة. ولم يتم في أي لحظة من لحظات التعامل مع الدينامية النفسية (بما في ذلك آليات الدفاع غير المتمايزة) بشكل مستقل عن التصرفات المباشرة.

4- الطور الثالث: طور النمو

وصف الطور

يجد المتعالج في هذا الطور من العلاج إمكانات واقعية في تحمل المسؤولية عن سلوكه العرضي الخاص، فهو في هذه المرحلة يعيش العجز النوعي الذي كان غير مدرك حتى الآن بالنسبة له ويعيش عدم كفاءته في بناء المحيط طبقاً للحاجات في المحيط العلاجي مباشرة (ومن هنا يعيشها بصورة يمكن تحملها في علاقة علاجية حامية).

ويبدأ هذا الطور في علاقة بالمعالج يعيشها المتعالج على أنها مخففة وتكاملية، وليس بالضرورة أن يتم التعبير عن طابعها، وتنتهي في تشكيلة متساوقة إلى حد ما للمعالج والمتعالج، يتوقع فيها المتعالج تعديلات شخصية تمكنه من التعامل بشكل أفضل من واقعه وتدفعه إلى تولي فعاليات مطابقة. وبهذا المعنى يتراجع المعالج خطوة تلو الخطوة من وظيفته التكاملية في العلاقة ويحدد في نهاية الطور وظيفته على أنها مساعد من أجل المساعدة الذاتية، أي يقدم نفسه للمتعالج بصورة غالبة كخبير كفء في نوع دور المدرب. ويتصف هذا الطور من العملية بمجريات تسير وفق مبدأ النمو. وحسب درجة وضوح علاقة التعلقية التكاملية فإن الأمر يتطلب ضمن ظروف معينة عدد أكبر من خطوات النمو التي يجب تخطيط كل خطوة منها في إطار النمو اللاحق. ويمكن اعتبارها في حالة المرضى الذين يعانون من اضطراب شديد عمليات نضج لاحقة للشخصية. ويتم بالتدريج إحلال خطوات الحل النهائي محل خطوات الحل النكوصي، الذي تسود فيه رغبات العناية ورغبات التعلق النكوصية. ومن خلال عمليات ذات شكل لولبي يتطابق فيها الطابق الأعلى مع موقع أكثر نمواً إلى حد ما، يتم تحقيق أشكال متعاقبة أكثر نضجاً من ضبط الذات. وكما تظهر الخبرات فإن هذه العمليات التصاعدية ليست عمليات يصعب التعبير عنها أو ملاحظتها. إذ من الممكن لمواقف متطلبات جديدة أن تثير دائماً عمليات نكوصية من جديد.

وتتمثل قوىٰ دافع النمو من خلال التناقضات بين متطلبات المتعالج النامية فيما يتعلق ببناء العلاقة المتطابقة والحاجات وبين إمكانات إشباعها في واقع العلاقة. ويعيش المتعالج الضرورة الموضوعية/ الذاتية بشكل واضح في تعديل نفسه ومحيطه وفق الخبرات والحاجات الخاصة. وفي حين أن المتعالج في مرحلة التعلق في الطور الثاني وما يرتبط بذلك من تخفيف للإنجازات النمائية قد فُتِحَت له خبرات انفعالية جديدة واستطاع أن يعيش الحاجات وتصورات القيمة المطابقة وأن يعيش كذلك الآثار الإيجابية المعززة للأنا من خلال التعلقية والسلبية، فإنه ينشأ الآن دافعاً نحو التصرف باستقلالية ووفقاً لإمكانات الخبرات الجديدة.

وينبغي هنا النظر إلىٰ دوافع التعديل باعتبارها علىٰ علاقة وثيقة ببنية التفاعل العلاجي. ويقوم المعالج في هذا الطور بقيادة العملية من خلال تخفيفه أو تأزيمه للتناقض الموضوعي والذاتي المذكور أعلاه بين الحاجات النكوصية والنمائية وموقف المتطلبات المعني. وفي حال وجود مستوىٰ ضئيل نسبياً من توجيه الذات فإن المتعالج يعيش كل تصرف متمايز من قبل المعالج (علىٰ نحو التعليم الدقيق في طريقة ضبط الذات)، علىٰ أنه غير متمايز باعتباره إنجاز تأميني. وفي اللحظة التي ينبغي فيها علىٰ المتعالج التعامل باستقلالية مع هذا الإجراء علىٰ أقصىٰ تقدير، يصبح الصراع الفعلي ملحوظاً. ويتوقع المتعالج التأثير من المعالج ويكون هو نفسه غير مستعد للقيام بنشاطات مستقلة.

وفي هذه الحالة تمتلك النشاطات من كل الأنواع أهمية مستقلة عن محتوىٰ التواصل اللفظي. وتحدد البنية الشكلية للتفاعل مساهمة المتفاعلين الفاعلة في التفاعل علىٰ سبيل المثال الأهمية الذاتية للشخص الراعي. فإذا تولىٰ المعالج باستمرار قسماً كبيراً من النشاطات فإنه يثبت بهذا حالة غير مرضي عنها تتحطم فيها الإمكانات النمائية للمتعالج من خلال العروض النكوصية من قبل المعالج.

وتتكون الكفاءة العلاجية هنا من المعرفة حول أي نوع من الوظائف التكاملية

التي قام بها المعالج حتى الآن بممارستها يريد المتعالج أو يستطيع تقبلها أو كليهما معاً، ومن المعرفة حول القدرة على السماح لهذه الوظائف بالتفاعل في هنا والآن. وبناء على ذلك فإن هذا القبول لحدث ما لا يعتبر نشاطاً لفظياً بقدر ما هو إنجاز تواصلي في تحمل التوتر الانفعالي البين شخصي والبين ذاتي، الذي يرافق هذه الخطوة من النمو وتتطلبه. وفي أشكال الاضطرابات الخفيفة يتم التطرق بشكل سريع وغير لفظي كذلك إلى مستوى النشاطات الذاتية التي يتطلبها العلاج. ولكن حتى هنا فإن التغلب على ميول الأريحية والسلبية ...الخ لا يتم إلا من خلال التصميم المتساوق والثابت للتفاعل فحسب. وفي مجموعة الاضطرابات المزمنة والشديدة فإنه من المستحسن ضم المتعالج إلى مجموعات دعم ومجموعات تعويض (علاج في المجموعة، مجموعات المساعدة الذاتية). وفي نهاية الطور يفترض للمتعالج أن يقدم بالفعل في الموقف العلاجي درجة مناسبة من نشاطات التحكم بالذات (ويمكن موضوعياً من خلال المظاهر الشكلية لتوزيع الضبط والنشاط). ويقدم جدول (٤) وصفاً مختصراً لهذه المرحلة.

جدول (٤) الطور الثالث: طور النمو

• المستوى المرغوب «لوظيفة الشخص» القدرة على تولي النشاطات الذاتية في التأثير على الذات	
• مستوى الدافع/ مستوى علاقة العمل:	أمثلة توضيحية
• بداية الطور تطابق نهاية الطور الثاني. • في نهاية الطور • إني أعيش العلاقة بين الموقف والأعراض وأرى وجود إمكانات واقعية، في المساهمة الذاتية بالمعالجة	- إني أحس أني أستطيع تغيير نفسي- وأستطيع من خلال ذلك ضبط أعراضي. - إني أشهد كيف أني أستطيع التأثير على مزاجي. - إني لم أعد أقف عاجزاً تجاه آلامي، بل وأستطيع التأثير عليها بفاعلية.
• البنية الشكلية للتفاعل العلاجي: الميل لترك أشكال التفاعل التكاملية لصالح أشكال التفاعل التكافئية.	
• موضوع العلاج: مشكلات النمو (كالحاجات النكوصية بعد تعويض عجز التنظيم المعاش مقابل الضرورة الموضوعية لتطوير كفاءات تنظيم نوعية).	
• وظيفة الاستراتيجية العلاجية: إعادة تحديد مستند الموضوع الذاتي طبقاً لمهمات النمو المعنية (على نحو إعادة تنظيم العلاقة بين الحاجات النكوصية وفقاً لتأمين الأهداف النهائية للتشكيل البناء للحياة).	

2.4ـ أمثــلة

مثـال (١): المتعـالجة بهية

ساد على موضوع الجلسة الرابعة موضوع عدم الاستقرار الذي اتضح في الجلسة الثالثة وما يرتبط بذلك من خبرة التعلق وقلة الحيلة إلى حد ما. وقد تحددت الميول المتناقضة المتمثلة في «في الواقع أريد أن أنطلق وأن أخفف من الضبط ولكني أخاف من هذا لأني قد أتحول إلى حائرة وعاجزة عن التصرف، ومن هنا فالأفضل أن أحتفظ بالسيطرة» من خلال الموقف الراهن. فلم يعد التوقف عن الحديث يقود إلى ردود أفعال جسدية وانفعالية مباشرة. وفي بعض الحالات كانت تعاش بشكل إيجابي: «إذا ما تركت الآن نفسي على سجيتي فهل سأشعر بالراحة؟». وفي الجلسات اللاحقة من الخامسة حتى السابعة استطاعت المتعالجة باطراد مستمر مواجهة رغباتها في التعلق والسلبية والاهتمام الخالص. وفي هذا الموقع قامت بمعالجة الأمر من منظور تاريخ حياتها: الاهتمام الأسري بها من خلال موقعها بصفتها الأخت الكبرى ضمن أخوتها، والتي لم تكن راضية عنه ومشاعر الحسد تجاه أختها الأصغر سناً التي كان الوالدين يفضلانها عليها.... لقد بدأت تستمتع بالاهتمام الخالص من المعالجة إلا أنها أدركت في الوقت نفسه طابع هذا الاهتمام العابر. وبين الجلسة الخامسة والسادسة فحصت المتعالجة نفسها طبياً بسبب التشنجات في أسفل البطن. وقد تم تفسير هذا بصورة مشتركة على أن هذه الأعراض إشارة إلى أنها استجابت للحاجات النكوصية الناشئة موقفياً للاهتمام بشكل متشنج. وبعد ذلك تولت المتعالجة بشكل متزايد تفسير الموقف والمسؤولية عن السلوك العرضي. لقد عبرت الآن عن مزاجها وعدم رضاها. ومنذ الآن عملت المتعالجة في صيغة تشاركيه تحمل في طياتها سمات تكافئية.

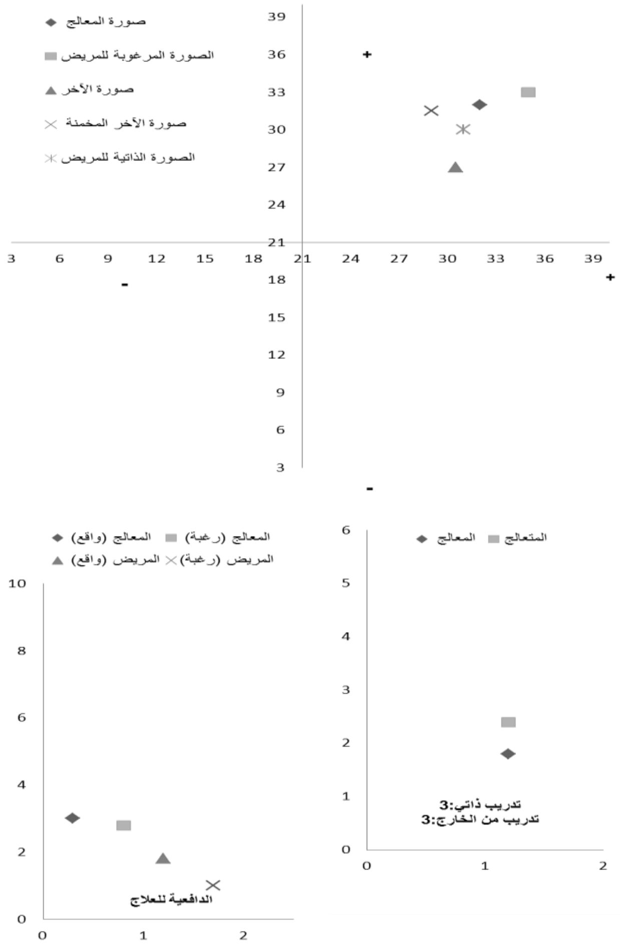
تعليق:

إن مشكلة علاقة المتعالجة الرئيسية في عدم قدرتها على بناء علاقة حتى مع مراعاة حاجاتها للاهتمام والسلبية قد حُلت من تلقاء نفسها في وقت قصير إلى حد ما بشكل مثالي إن صح التعبير، وذلك بفضل التركيز على موضوع واحد. فقد تمكنت المتعالجة من رؤية سلوكها العرضي في سياق صراعها. وقد قامت بالسيطرة على انتكاساتها النكوصية لمدى بعيد. ولم تعد تصد قطباً واحداً من الميول المتناقضة فقط، واستطاعت بصورة متزايدة التعاون في المهمات العلاجية بشكل غير متشنج وبواقعية. ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن المتعالجة لم تحظى على الاستبصار وحده وإنما عدلت من موقعها ضمن العلاقة العلاجية بصورة واقعية. وقد انعكس ذلك في التشخيص المرافق (الشكل ١٧).

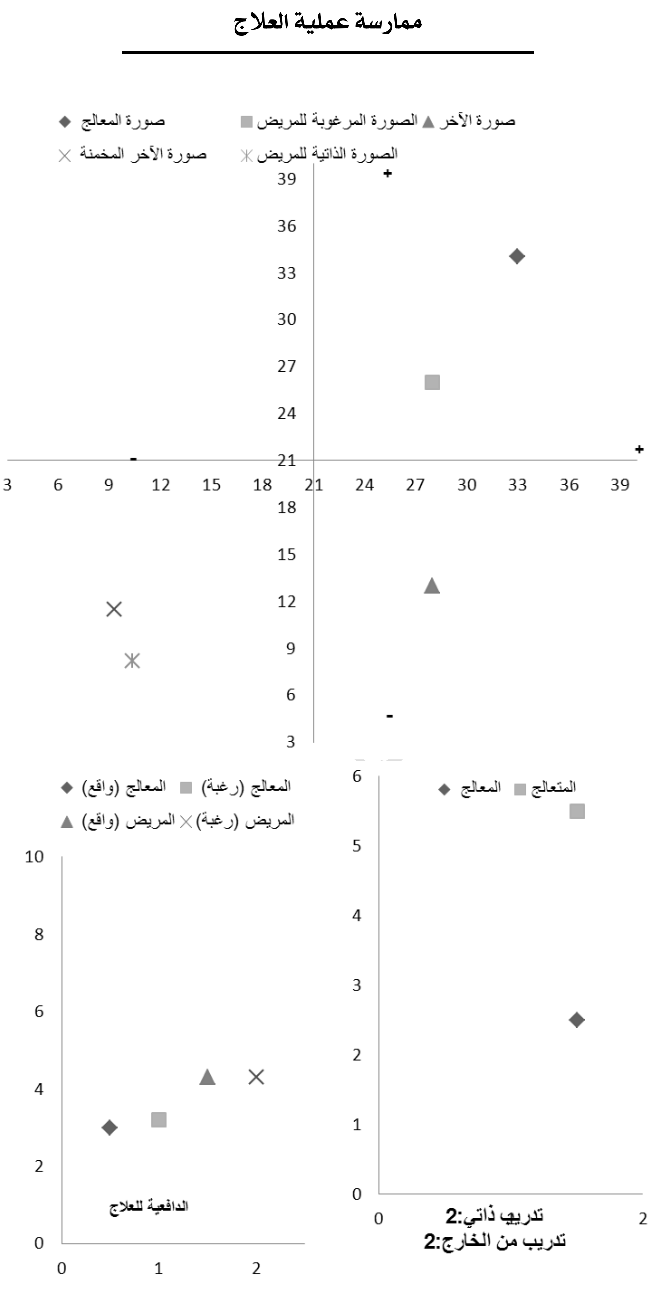
مثال (٢):

المتعالجة فريدة: بين الجلستين الرابعة عشرة والسادسة عشرة طرحت بعض الأحداث أسئلة جديدة حول طابع العلاقة. ووقفت المعالجة عدة مرات موقف الداعم للمتعالجة عندما هاجمت طبيب المستشفى ومتعالجة أخرى معها. وقد كانت المتعالجة راضية عن هذا الدعم، إلا أنها بدت أقل إثارة وأقل التزاماً من حاميتها. ومن جهة أخرى تم التطرق للاستمرارية المحققة في علاقتهما ببعضهما، ومن جهة أخرى نوقشت الأحادية فيما يتعلق بالمسؤولية. وقد أثار السؤال المتمثل في: «إلى أي مدى يمكن الوثوق بالمتعالجة» نقاشاً حاداً، إلا أنه وللمرة الأولى لم تضع المتعالجة العلاقة موضع الشك بشكل جوهري (الشكل ١٨، الجلسة ١٦). وفي الساعات التالية طرحت المتعالجة بصورة مباشرة وغير مباشرة مطلب البقاء في العلاقة الراهنة الحامية، واستبعاد تبادلية الالتزام والمسؤولية: «أريد أن أكون أقل التزاماً قدر الإمكان، لأن ذلك يسبب القليل من الألم في النهاية، إذا ما قمت بذلك بصورة جدية فعلاً فإني لا أستطيع رؤية الحدود. وطالما تتحملين أنتِ المسؤولية عني وعنك وتحددين مهماتنا، فإني أستطيع التعامل بشكل

أفضل». وفي عملية طويلة جداً من التفاهم (الفصل الرابع، الفقرة 5.3) تم تحديد النمط التواطؤي الذي تم الغرق فيه والذي يعيق التقدم في العلاقة بصورة متزايدة: فبما أن المعالجة تحمي المتعالجة وتيسر التفاهم وتتحمل المسؤولية عن الحدث ككل، فإنه يتم إعفاء المتعالجة من رؤية معنئ سلوكها الذاتي بشكل واقعي والشعور بمسؤوليتها تجاه



شكل (١٧): المرحلة الثالثة: المريضة بهية "علاقة متكافئة"



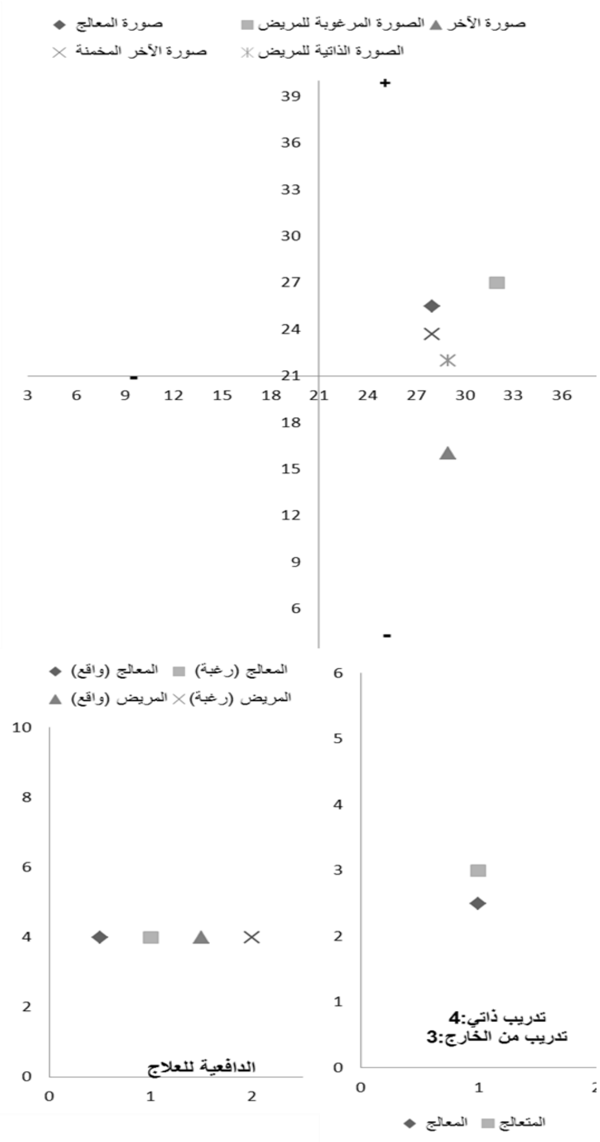
شكل (١٨) المرحلة الثالثة: المتعالجة فريـدة

سلوكها ومن التطابق مع أهداف معالجتها بشكل ناقص. لقد كان يصعب جداً على المتعالجة إدراك سلوك المعالجة الذي أصبح الآن الأقل دعماً على أنه ليس رفضاً لها. فقد

تم التطرق في الجلسة التاسعة عشرة ثانية لأفكار الانتحار وعبثية كل الجهود بالإضافة إلى الحاجة لمواصلة المساعدة. وأخيراً وفي الجلسة العشرين تمكنت من الحديث حول مشاعرها المتمثلة في خوفها من أن يتم رفضها. وانطلاقاً من هوامات تدمير الذات، أقامت المتعالجة علاقة مباشرة مع الشكوك الراهنة للعلاقة الداعمة: «لا أستطيع تحمل ذلك، إذ أنني أفكر هنا بالانتحار. لا يوجد أي شخص يتقبلني، لماذا ينبغي لأحدهم أن يحبني من أجل لا شيء؟ عندما تقولين لي بأنك غير راضية أو ما يشبه ذلك فإني أفكر مباشرة بأن كل شيء قد انتهى....». وقد أعطى هذا المعالجة فرصة لتحديد عدم رضاها بدقة وإيضاح أنها تلقي أهمية على أن يتم تحمل المسؤولية في تحقيق الهدف العلاجي بشكل مشترك. ومن الممكن أن يكون اهتمامها بشكل علاقة تشاركية في العمل التعاوني مرتبط بالنسبة للمتعالجة، بمشكلات أكثر مما رأت المعالجة، بحيث شعرت المتعالجة بالرفض. بعد هذه الجلسة ولأول مرة تبدل شكل العلاقة بصورة ملحوظة (الشكل ١٩)، دون أن تدرك المعالجة ذلك بشكل مباشر (صورة الآخر بقيت في الوضع القديم).

تعليـــق:

في بداية هذا الطور فقط حصل شكل علاقة أكثر ثباتاً. ويظهر الشكل ١٨ (الجلسة السادسة عشرة)، كيف أنه على الرغم من كونها جلسة حرجة حيث تم التطرق فيها للمرة الأولى إلى الجانب النكوصي المعيق للعلاج، إلا أنه لم يعد يلاحظ وجود تباعدات عنيفة. وتحمل العلاقة الآن شدة صراعية أكبر. ويمكن الآن الحديث عن حول مشكلة تبادل المسؤولية، والتي تم حتى الآن تجنبها، عن العمل المشترك في مداها الكلي. وبهذا تتحرك عملية الحل من موقعها النكوصي. وهنا يبدو أن كل المظاهر المحبطة لهذا الحدث يمكن معالجتها ذاتياً بشكل متزايد وبصراحة أكبر في العلاقة. ومن خلال طرح المعالجة لمطلبها في المشاركة بالمسؤولية باعتبارها مشكلتها الخاصة ومن خلال استعدادها لتعديل وبحـــث



شكل (19): الطور الثالث: المتعالجة فريدة (الجلسة العشرون)

سلوكها الخاص فإنها تكون قد ضمنت في الوقت نفسه الاحتفاظ بالميول الانفعالية المزدوجة في العلاقة. واكتسبت العلاقة الحيوية في حقل توتر الطموحات النكوصية

والنهائية (أقرت المعالجة والمتعالجة معاً الآن بمطالبهما النكوصية عند الآخر وأقرتا باستعدادهما لتقديم إنجازات نهائية للآخر). ويمكن هنا أن يتم مناقشة التوترات الواقعية باطراد كمشكلة مشتركة ومناقشة أشباه الحلول (كالهروب من العلاقة، إنتاج الأعراض) بصورة نقدية. ومنذ الآن بدأت المتعالجة بالاهتمام بحاجات معالجتها وترى نفسها في الجلسة العشرين للمرة الأولى في موقع أكثر كفاءة (الشكل ١٩)، حيث يشير الشكل إلى أنها تشعر بأنها في موقع تتعاون فيه بصورة أكثر تكافؤاً.

5- الطور الرابع: طور التدريب

وصف الطور

يبدأ هذا الطور منذ اللحظة التي يستطيع فيها المتعالج توقع تعديلات جوهرية بالنسبة لشفائه وفي اللحظة التي يكون فيها قادراً على تحمل جزء مقبول من المسؤولية بالنسبة للخطوات اللازمة والأكيدة ومستعداً لذلك. ويستمر هذا الطور حتى ظهور القدرة على ضبط الأعراض بصورة مقبولة في إطار علاقة علاجية داعمة قليلاً أو كثيراً طبقاً لدرجة الاضطراب. وقد أطلق فرويد على المهمات الناشئة هنا تسمية التدريب Train. وقد أطلقنا على هذا الطور تسمية طور التمرين أو التدريب لأن علاقة المعالج-المتعالج تتصف بشكل أساسي بالصفات التالية:

1- وجود مهمة محددة بوضوح يقر بها كل من المعالج والمتعالج بالمقدار نفسه، ويحمل كل منهما فيها أدوار محددة بوضوح،

2- بناء وضع يتم فيه حل مشكلات مشابهة دائماً أو التمرن على أنماط سلوك داخل وخارج الموقف العلاجي.

ومن أجل تصميم هذا الطور الذي يتعلق بالتوسيع المنهجي لذخيرة استراتيجيات

المواجهة تعد تصورات اتجاهات العلاج الاستعرافي والاتجاهات السلوكية مناسبة لهذا التصميم. كما يمكن الاستفادة هنا من الاختلاف والتشابه بين الإرشاد وتدريب السلوك.

ويتمثل التناقض في هذا الطور بالدرجة الأولى والذي يدفع المتعالج للعلاج هنا في التباعد الواضح والذي يعيشه المتعالج نفسه بين هدف التعديل ومقدرة التصرف المتوقعة سابقاً والتي ما زالت غير موجودة كلية بعد. إذ يتم اكتساب القدرة على التصرف هذه من خلال استخدام خبرة التعديل التي يملكها المعالج والتقنيات التي يقدمها في صيغة تكافئية لمدى بعيد من التفاعل. إن عدم الاتساق الذي مازال موجوداً والمتمثل في خبير ومستفيد من كفاءة هذا الخبير لم يعد في هذا الطور مقتصراً على تولي وظائف ضبط أولية أساسية من خلال المعالج وذلك وفقاً للتعلق، وإنما يقتصر عدم الاتساق هذا على عناصر متفرقة من تنظيم التصرف، التي تقوم على التنظيم الناشط لعلاقة الأساس. ووفقاً لذلك يقود اختفاء الوظيفة الداعمة للمعالج إلى اضطراب قليل في المنظومة الكلية للمتعالج. وفي الوقت نفسه فقد تعلم المتعالج التواصل على مستوى أعلى مبدئياً من الوظيفة ومن ثم تأمين المساعدة المطلوبة وحده.

وهذه الرؤية بالتحديد ذات أهمية حاسمة في التنظيم الهادف وبناء بنى اجتماعية مساعدة في علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات شديدة التي يحصل فيها انتكاسات إلى مستوى أدنى من ضبط الذات ، حتى في هذا الطور، بالنظر لمتطلبات المتغيرات المتغيرة، فإن.

وما يحدد هذا الطور هو الاستلام المرن للمواقع المختلفة في التفاعل العلاجي والتولي الهادف للمتطلبات الاجتماعية في موقف العلاج بهدف التمرن على مواجهة المتطلبات تحت الإشراف وكل أشكال التعلم الاجتماعي. وليس من الصعب التعرف هنا على أن المعيار الأساسي يتمثل في البنية الشكلية الخاصة للتفاعل، أي التوزيع النسبي المتساوي للضبط عند تنظيم العلاقة. وعلى خلاف التكافؤ النسبي للطور الأول فإن كميات التعديل يتم قيادتها هنا من قبل المتعالج، مع العلم أن اتجاه التعديل يضعه

المتعالج بنفسه بصورة واضحة، أي بما يطابق الدافع الشخصي للمتعالج ووفق إجماع المتعالج والمعالج.

ولا تقتصر التعديلات على مستوى الفرد إطلاقاً. فإذا ما تعدل جزء من منظومة اجتماعية ما فإن المنظومة ككل تستجيب لهذا التعديل. وفي الحالة الخاصة فإنه ضمن ظروف معينة تتغير كذلك المنظومة المرجعية غير العلاجية بصورة واضحة. وعادة ما تنشأ مقاومة عندئذ لهذا الاتجاه.

ومن المنطقي أن يتم التعديل أو اكتساب الكفاءة عند المتعالج مبدئياً قبل أن تتغير المنظومة المرجعية الاجتماعية. وغالباً ما تتطلب عملية التعديل وقتاً مديداً. وترتبط التعديلات الفردية المحدثة من خلال التفاعل العلاجي دائماً في كل أطوار المعالجة مع إعادة بناء مكتوم بدرجة قليلة أو كثيرة للمنظومة المرجعية للمتعالج، حتى أيضاً خارج الموقف العلاجي، سواء تم ذلك في إطار علاج خارجي أو شبه خارجي أو في المستشفى. فضلاً عن ذلك فإنه يمكن ضمن ظروف معينة أن تحدث أضرار في الأطوار الباكرة من العلاج. وحتى تلك المشكلات الثانوية والتي تعد في النهاية ذات مصدر طبي Iatrogene[1] تعتبر موضوعاً للتدريب.

ومع التقارب المتزايد لأهداف العلاج تظهر مشكلات النقل. وهنا ينبغي استخدام المهارات المكتسبة في الحياة اليومية الاعتيادية فالموقف العلاجي مفتوح للخارج، أي أنه تتم مواجهة مشكلات الخارج في الداخل بطريقة تجريبية. ويتم تنظيم الخبرات المكتسبة في الخارج. إلا أن اختبار في الخارج يمثل تجربة الاختبار ما قبل الأخير. أما التجربة الأخيرة فهي الخروج من العلاج. (وصف ملخص جدول ٥).

(١) طبي المنشأ، أضرار أو تفاقم للمرض ناجم عن أخطاء ناجمة عن أخطاء في التشخيص أو العلاج.

جدول (٥) الطور الرابع: طور التمرين: المستوى المنشود «لوظيفة الشخص»: القدرة على ضبط الأعراض ضمن الشروط العلاجية داخل وخارج الموقف العلاجي.

<table dir="rtl">
<tr><td>• مستوى الدافع / مستوى علاقة العمل:</td><td>أمثلة توضيحية</td></tr>
<tr><td>• بدء الطور يماثل نهاية الطور الثالث
• في نهاية الطور:
أشعر بالتحسن من خلال العلاج وأريد أن أسعى لاستمرار التعديلات حتى ضمن الظروف الصعبة وضمن إرهاقات الحياة اليومية.</td><td>- أشعر بالعافية إلى حد ما من خلال العلاج وعلي بالتأكيد أن أسعى إلى استمرارية التغيرات الملحوظة.
- إني أعرف أن الحفاظ على استمرارية التعديلات المحققة سوف يكلفني جهداً.
- أرى بوضوح علاقة النشوء بين الآلام/ الاضطراب الذي أعاني منه وأستطيع التأثير على ذلك وأريد أن أتمكن من ذلك دائماً.</td></tr>
<tr><td colspan="2">• البنية الشكلية للتفاعل العلاجي: توزيع تساوقي لضبط التنظيم في وجود اختلافات نوعية وفقاً لنموذج الخبير-الباحث عن النصيحة.</td></tr>
<tr><td colspan="2">• موضوع العلاج: مشكلات التعلم (معوقات الاستخدام الفاعل للخبرات)</td></tr>
<tr><td colspan="2">• وظيفة الاستراتيجية العلاجية: «المساعدة من أجل مساعدة الذات»، بناء عمليات التعلم داخل الموقف العلاجي وخارجه.</td></tr>
</table>

أمثلة:

مثال (١):

استغرق هذا الطور في علاج السيدة بهية حوالي خمس جلسات (بين الجلسة السابعة والثانية عشرة). وفي هذه المرحلة تم العمل في مشكلة العلاقة خارج وداخل علاقة المعالج-المتعالج. وبعد أن أمكن للمتعالجة السماح لنفسها بالعودة إلى ذاتها في الموقف العلاجي والاسترخاء وتحمل الصمت المربك دون القيام بنشاطات مهما كان الثمن. إلا أنه ما زالت هناك مواقف «داخلية» و «خارجية» ترهقها وتسبب أعراضاً. وعليه فقد استجابت بآلام قلبية (تسرع في القلب وقلق) على توتر علاقتها مع جارتها؛ ويعود التشنج دائماً في المواقف التي ترهق قدرتها على الاستسلام (تمارين الاسترخاء، المساء في البيت)؛ وتلفت نظرها موجات خفيفة من الشقيقة إلى صعوباتها في الاستجابة إلى متطلبات معينة بشكل أكثر استرخاء. وقد قامت دائماً بوضع برامج حول كيفية تمكنها من الاسترخاء. إنها تكاد تحسد أولئك الأشخاص القادرين على الاسترخاء أو الذين في غنى عن ذلك. وفي الجلسة الثانية عشرة تحدثت وللمرة الأولى حول نهاية أسبوع كانت مريحة جداً. وقد تم تقبل إعادة الاتصال الجنسي مع الزوج. إنها تتحدث الآن مع زوجها حول التشنجات أثناء الممارسة وتشعر كيف يجعل من مشكلاتها مشكلاته أيضاً. وفي الجلسة الثانية عشرة عبرت المتعالجة عن رضاها عما تم تحقيقه حتى الآن وأنها سوف تقوم بمحاولة حل مشكلاتها وحدها دون المعالجة.

تعليق:

على ما يبدو فقد تحقق الهدف المحدد منذ البداية بالنسبة لبهية، حيث تمكنت من الشعور ثانية بأنها تسيطر على جسدها وسلوكها وعلى المواقف المهمة. ويبدو بالنسبة لها أن وجود بعض الآلام في بعض الأحيان أقل أهمية من القدرة على التأكد من تعرفها على هذه الإشارات على أنها إشارات لأخطاء والقدرة على السيطرة عليها من خلال

تصرف تعديلي. وعلىٰ ما يبدو لم تكن العروض الممكنة هنا والمتمثلة بالتأثير بشكل أكثر مباشرية من خلال إجراءات تدريبية علىٰ نحو التأثير علىٰ المشكلات الجنسية من خلال العلاج الجنسي وفق طريقة ماسترز وجونسون (تم عرض هذا العرض في الجلسة الرابعة عشرة) جذابة بالنسبة لبهية لأنها تثق بقدراتها الجنسية الخاصة.

ومن ناحية التشخيص المرافق لم تنتج وجهات نظر جديدة جوهرية بوساطة الطرائق العامة المستخدمة هنا (تباعد أكبر بشكل خفيف، عدا عن ذلك كما عرضنا له سابقاً في الشكل ١٧).

مثـال (٢):

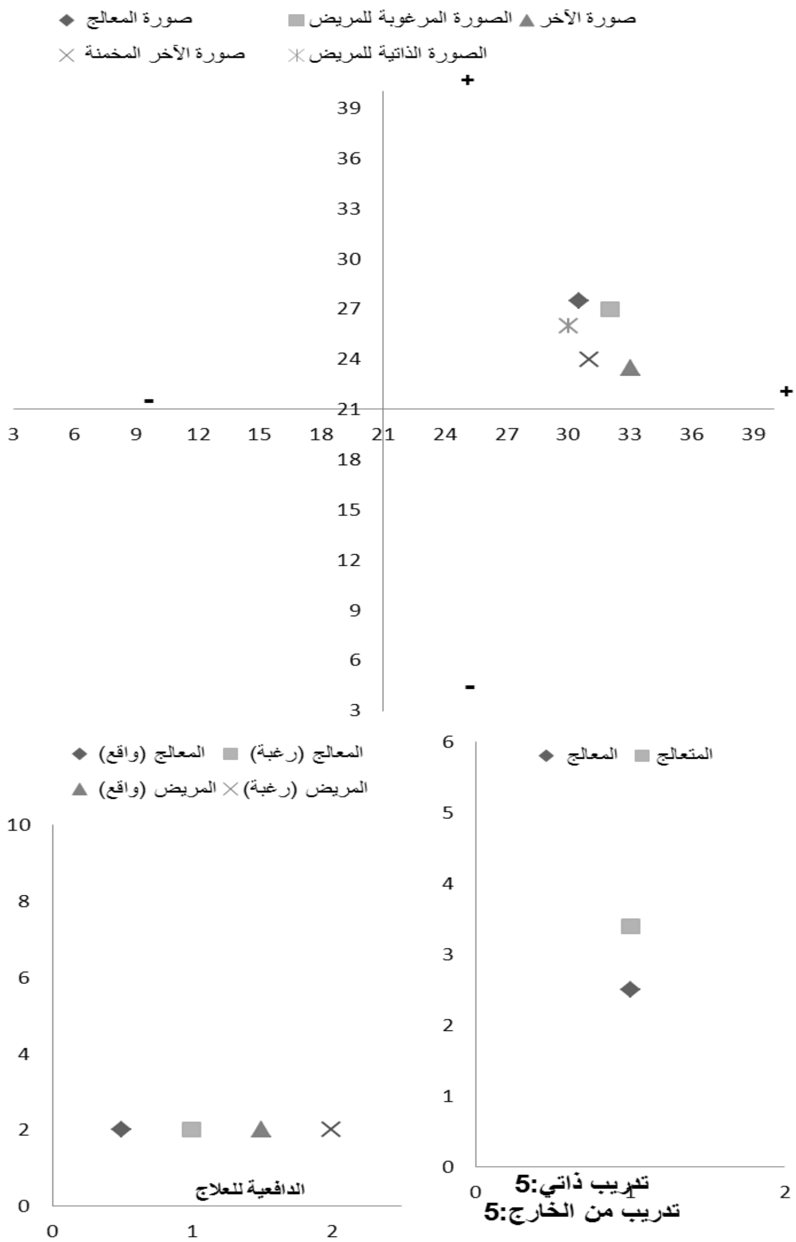
المتعالجة فريدة: صبغ البدء الجديد الذي اكتمل في الجلسة العشرين جو الموقف العلاجي بصورة ملحوظة. فقد بدأت فريدة بالتشكيك بسلوكها الخاص بطريقة بناءة واكتشفت بأنها ودون أن تلاحظ ذلك حتىٰ الآن غالباً ما أهانت الأشخاص الآخرين لأنها تتأخر علىٰ سبيل المثال في السيطرة علىٰ الانتكاسات في السلوك الشكاك أو المتقلب. وفي الجلسة الثانية والعشرين تحدثت، بطريقة فيها الاعتزاز، بأنها تمكنت من الاعتذار من إحدىٰ العاملات التي كانت قد خلطت بينها وبين أمها من الناحية الانفعالية وأزعجتها.

لقد مثلت رؤية العالم من منظور الآخرين خبرة جديدة كلية بالنسبة لها، وهي ترىٰ ما يمكن أن يقدمه لها ذلك من ربح شخصي. في الجلسات التالية تطرقت لاكتشافات لاحقة: علىٰ نحو كم هي أمها بحاجة للمساعدة؛ وبأنها من الممكن أن يكون لها متطلبات أخرىٰ من الحياة غير التي اعتقدتها حتىٰ الآن، وبأنها تريد تغيير حياتها وعلىٰ الأخص موقعها المهني. وقد سعت أثناء ذلك للبحث علىٰ مهنة جديدة. وفي الجلسة الخامسة والعشرين أخبرت المعالجة أنها ستبدأ في الأيام القليلة القادمة العمل بوظيفة جديدة في مدينة قريبة.

تعلــيق:

عادة ما يحدث التوجه، المفترض ملاحظته والذي حدث بسرعة إلى حد ما، إلى مجالات مهمة من الحياة خارج المعالجة، وذلك عندما تتفتح إمكانات جديدة من التصرف وعندما تتم رؤية فرص حقيقة لتحسين ظروف الحياة وتتغير العلاقة العلاجية في اتجاه نحو تقسيم تكافئي للضبط والمسؤولية. ويمكن إثبات هذا الميل الأخير من خلال التشخيص المرافق: فعلى ما يبدو فقد تمكنت المتعالجة من التخلي عن الموقع النكوصي وتخفيض التوقعات اللاواقعية من المعالجة (الشكل 20). وفي جلسة الإشراف الذاتي تمت محاولة الإجابة عن السؤال فيما إذا كانت الفترة النكوصية من العلاج الضيقة نسبياً يمكن أن تكون كافية بالنظر لطبيعة الاضطراب الواضح دون شك، من أجل إطلاق العملية اللازمة لإعادة التشكيل بصورة دائمة. لقد تم اتخاذ قرار بأن تقوم المعالجة بعرض استمرارية العلاج على المتعالجة في حالة أنها لم تستطع في فترة ما بعد العلاج الأولى (بين ٣ إلى ٤ أشهر من نهاية العلاج) المحافظة على النجاح المحقق. ومن جهة أخرى يبدو أن المتعالجة قد أنجزت بالفعل منطقة تالية من النمو، الذي عبر عن نفسه في قدرتها على تفسير مشكلات العلاقة داخل العلاقة وأن تتمرد بشكل أقل.

إنها الآن في وضع مطرد يمكنها من الاستمرار في السيطرة على المواقف التي يمكن أن تظهر المثيرة للاعتلال الزائد عن الحد. وبالنظر للخطر الذي عبرت عنه المتعالجة بنفسها والمتمثل في العودة إلى مواقع نكوصية في حال



شكل (20): الطور الرابع: المتعالجة فريدة (الجلسة 25).

أرهقتها الإحباطات والمغريات المطابقة، فإنه يظهر أن هدف العمل العلاجي اللاحق في الوقت المتبقي للعمل المشترك ينبغي أن يتمثل في التدريب على مثل هذا النوع من المخاطر. وينبغي تقبل الحد الذي وضعته المتعالجة هنا.

6- الطور الخامس: طور الانفصال

وصف الطور:

العلاقات العلاجية مصممة كي تنتهي، كي تحقق غرضها في حل مشكلة مشتركة. ومن خلال هذا الشكل من التصميم يكون الانفتاح والحيوية مقيدان إلى حد كبير ومحددان مسبقاً من خلال اللوائح التقنية المباشرة لعلاقة بين إنسانية. ومن الممكن أن يتم ذلك طالما أمكن ضبط التورط الانفعالي والسيطرة عليه دون أزمة. إلا أنه مما لاشك فيه فإن العلاج النفسي يؤثر من خلال طابعه الانفعالي بشكل غالب، أي من خلال الانفتاح الانفعالي على الطرف الآخر والتماهي المتبادل. لقد تمت منذ القديم مناقشة هذا التناقض في مراجع العلاج النفسي. وقد أسهمت كثير من التقنيات بحل هذا التناقض. ويمكننا هنا الإشارة إلى محاولة فرويد في نقل الجزء الإشكالي لهنا والآن من خلال الحيلة الفنية لتفسير النقل إلى هناك وباكراً، وكذلك أيضاً مفاهيم روجرز وآخرين حول اللقاء الفريد الذين حاولوا حل التناقض إلى حد ما من خلال إنكار العوامل المُقيِّدة للعلاقة من الناحية الموضوعية، من خلال إنكار الجانب التقني لبناء العلاقة على سبيل المثال.

ولكن ما لا يمكن الحيلولة دونه لا من خلال المفاهيم ولا من خلال النظريات هو الإحباط الحتمي في نهاية طريق مشترك الناجم عن فقدان إنسان ما في اللحظة التي

يصل فيها الإنسان معه إلى قمة التفاهم.

ومن هنا فعندما يستخدم المعالجون النفسيون كل أنواع استراتيجيات المواجهة من أجل مواجهة هذه المسافة الأخيرة من الطريق فإنه أمر يمكن تفهمه. وتمتد هذه الاستراتيجيات من الإنكار غير الموفق للمشكلة إلى التجنب الفعال للانفصال من خلال تنظيم معالجة لا نهائية.

إن التصور الواضح لهذا الطور المتمثل في محاولة عرض المشكلات الكثيرة لهذا الطور على أنها مشكلات يمكن حلها قد يتحول إلى نوع من المقاومة لوجوب عيش المدى الانفعالي لهذه المجريات. ومن هنا فإنه في طور الانفصال تعني الكفاءة العلاجية بالدرجة الأولى القدرة على الترك والاستعداد لتقبل المعاناة التي قد ترتبط بهذا الترك.

ومن المحتمل أن يكمن اختبار إنساني ثان بالنسبة للمعالج بعد الطور الثالث الذي تسود فيه مجريات حل التعلقية المتبادلة، محتواه عدم أخذ دور فعال. ففي بداية هذا الطور تكون الحاجة للمعالج ما زالت قائمة، أما في نهاية الطور فيكون قد أدى واجبه ولم يعد ذلك ضرورياً.

وكلما استطاع المتعالج تشكيل موقفه الاجتماعي خارج المعالجة بشكل أكثر حرية واستقلالاً، يزداد فقدان المعالج لوظيفته المساعدة.

وينخفض الطابع العلاجي للعلاقة بمقدار ما يقترب المتعالج من المستوى المنشود علاجياً لضبط المحيط والذات.

وسوف يؤدي مثل هذا المجرى النموذجي والمثالي إلى إتمام الانتقال النوعي من صيغة علاقة علاجية إلى صيغة علاقة لا علاجية بشكل غير ملحوظ تقريباً. ويمكن بعدئذ للأشخاص المشاركين أن يتفقوا بحرية حول الطابع اللاحق لعلاقتهم. إلا أن إمكانات الاختيار تكون أقرب للاستثناء في واقع العلاقات الإنسانية. فبغض النظر عن الطابع الخيالي لعلاقة حرة دون أطر رابطة للموضوع بدرجة كثيرة أو قليلة، فإن

العلاقات الخصوصية تعد شكلاً مقنَّعاً من العلاقات المُسَاعِدة بصورة غالبة كفاية، علماً أن السؤال من يساعد من مبرر جداً وفي مكانه الحقيقي.

فإذا كان من الضروري من الناحية النفسية أو الطبية تقديم مساعدة غير محدودة زمنياً بالفعل، فإن هذا يجب أن يتم تأكيده وتثبيته بوضوح. عندئذ يتم إيصال العلاج إلى مستوى الطور الذي يضمن للمتعالج قدرة الوظيفة الأفضل. وعلى أية حال فإنه هنا لا يمكن الحديث عن طور التدريب.

ومن هذه الناحية فإننا نطالب، بتحديد نهاية العلاقة العلاجية بشكل واضح والتصرف بشكل أقرب للحذر تجاه كل تأزيم لعملية التخلي المتبادلة. وتستثنى من ذلك خطوات النقل التابعة للطور الرابع، التي قد تستمر لوقت طويل ضمن ظروف معينة مترافقة بتواتر اتصالي علاجي منخفض بدرجة كبيرة. ويقدم جدول (6) وصفاً مختصراً.

أمــثلة

مثال (١):

تم للمرة الأولى التطرق مع بهية منذ الجلسة السابعة، أي بالضبط في وسط العلاج لمشكلة الانفصال، وذلك عندما عبرت عن إحساسها بالعافية استناداً للاهتمام الخالص للمعالجة بها، لقد تساءلت: «أين يمكن أن أجد شيئاً كهذا ثانية، بعد انتهاء العلاج؟». وفي نهاية العلاج في الجلسة الرابعة عشرة ردت على عرض المعالجة بالمساعدة في حل مشكلة عائلية من خلال الحديث مع الأسرة قائلة: «إنك لن تكوني دائماً معي، علي أن أقوم بذلك وحدي». وبين هذين التصريحين كانت هناك إشارات مباشرة قليلة للانفصال. وفي الجلستين أو الثلاث الأخيرة ساد هذا الموضوع بصورة غير مباشرة، حيث تم التطرق في هذه الجلسات إلى مشكلات النقل والمسؤولية الذاتية لبهية في حل مشكلاتها الراهنة «خارج العلاج». وقبل أن تودعا بعضهما عبرت كلتا السيدتين عن

أنهما تأسفان بشكل ما لهذا الانفصال المنشود منذ البدء والذي لا يمكن تحاشيه. وقد تم الاتفاق على جلسة أخيرة بعد أربعة أشهر لإتمام المحادثة المتعلقة بكتابة التقرير النهائي لمجرى المرض.

في الجلسة الأخيرة بعد أربعة أشهر: أخبرت بهية المتعالجة عن وجود تحسن مقبول لآلامها التي حضرت بسببها للعلاج: لم تعد تظهر نوبات الشقيقة إلا بشكل نادر، ولم تعد آلام القلب موجودة. وهناك تقدم في المجال الجنسي. بالإضافة إلى ذلك تستطيع الإصغاء بشكل أفضل وتشعر بأنها لم تعد معتمدة على الآخرين، وأنها أكثر تسامحاً وأقل تشنجاً في تعاملها مع موظفيها، حيث عرض عليها أن تكون رئيسة قسم.

جدول (٦) الطور الخامس: طور التمرين

• المستوى المنشود «لوظيفة الشخص» القدرة على ضبط الأعراض بشكل مقبول دون مساعدة علاجية	
• مستوى الدافع / مستوى علاقة العمل:	أمثلة توضيحية
• بداية الطور تطابق نهاية الطور الرابع. • في نهاية الطور أشعر بالتحسن من خلال العلاج وأريد أن أسعى إلى استمرار التعديلات أيضاً ضمن الظروف الصعبة وإرهاقات الحياة اليومية ودون الاعتماد على العلاج.	- أشعر نفسي بعافية من خلال العلاج وأريد أن أسعى باستمرار للتعديل. - أعرف أن الاحتفاظ باستمرارية التعديلات الحاصلة سيكلفني جهداً. - أرى بوضوح العلاقة بين الآلام/ الاضطراب الذي أملكه

	وأستطيع التأثير على ذلك وأريد أن أتمكن دائماً من ذلك.
• البنية الشكلية للتفاعل العلاجي: توزيع اتساقي واسع لضبط التنظيم في وجود اختلافات نوعية طبقاً لنموذج الخبير-الباحث عن النصيحة؛ تولي واسع لوظيفة الضبط من خلال المتعالج.	
• موضوع العلاج: مثل الطور الرابع، مشكلات الانفصال الخاصة.	
• وظيفة الاستراتيجية العلاجية: تمكين الاعتماد على الذات على المستوى المنشود لضبط الواقع.	

تعليق:

يصعب فصل طور الانفصال عن بقية الأطوار الأخرى. إنها تغطي كل الأطوار الأخرى إلى حد ما. وفي هذا الطور فإنه مما لاشك فيه أن المواجهة الذاتية الباكرة مع النهاية القريبة للمعالجة تفيد في صد الحاجات النكوصية الملحة وفي تحديد رغبات التعلق. إلا أن هذا الحادث لم يقف في وجه برنامج العلاج وخصوصاً البؤرة المطلقة لموضوع العلاقة، أي أن العمق المحقق للنكوص يبدو كافياً بالنسبة لهذا العلاج، بحيث يمكن اعتبار التطرق المبكر للانفصال مع قِصَر زمن العلاج على أنه أقرب للضروري. ويحتمل أن يكون التطرق لمشاعر الفقدان عند الوداع كافياً في هذه الحالة، الأمر الذي تم من خلاله منع نشاط صراع الانفصال (من خلال تحديد ضرورة إضافة جلسات لاحقة على سبيل المثال).

مثـال (٢):

لعبت عند فريدة حقيقة التحديد المسبق لفترة العلاج بين العشرين إلى الثلاثين

ساعة دوراً مهماً منذ البدء في الجلسات. وقد تم تبرير الامتناع عن اعتبار العلاقة علاقة ذات أهمية استناداً إلىٰ أنها ستنتهي، وطالما هي كذلك فهي ليست علاقة مهمة.

وقد أسهم بشكل خاص وضع التحديد في الطور الثاني والثالث في طرح السؤال بشكل متكرر: «ماذا سأفعل دونك بعد العلاج؟». وفي الجلسات الثلاثة الأخيرة احتل هذا الموضوع مكان الصدارة. لقد تم التطرق للإمكانات الجيدة المكتسبة في ضبط الذات والموقف دون مساعدة المعالجة. ومن خلال أمثلة واقعية من الحياة اليومية للمتعالجة من جهة، وتم الحديث من جهة أخرىٰ أكثر من مرة حول أن الرابطة القائمة لا يمكن حلها دون ألم. إلا أنه بدا أنه كان يصعب علىٰ المعالجة التخلي عن العلاقة أكثر من المتعالجة، التي علىٰ الرغم من أسفها علىٰ الوقت الماضي إلا أنها كانت متفائلة بحق فيما يتعلق بالمهمات التي تنتظرها.

في الجلسة البعدية التي تمت لأسباب مختلفة بعد ستة أشهر، ذكرت المتعالجة ما يلي: إنها غير نادمة علىٰ تغيير وظيفتها علىٰ الرغم من أنها قد استغرقت وقتاً عصيباً في التأقلم إلا أنها قد اكتشفت أنها تملك متطلبات مهنية وتشاركية عالية، وأنها مستعدة كذلك للقيام بأي شيء في سبيل ذلك. وأصبحت علاقتها طيبة بأمها. لقد تقبلت البعد العاطفي عن الأم لمدىٰ بعيد. إلا أنها ما زالت شكاكة كالسابق وسوف يستغرق ذلك وقتاً قبل أن تقدم علىٰ علاقة. وتستنتج في بعض الأحيان أنها ربما تضيع الفرص. ولم تعد تريد العرض الذي قدمته لها المعالجة حول إجراء معالجة ثانية. لقد تعلمت في العلاج تحليل المواقف المشكلة والتأثير علىٰ سلوكها خصوصاً علىٰ مجرىٰ المواقف المسببة للاعتلال.

تعـليق:

يحتوي طور الانفصال عند فريدة علىٰ عناصره النموذجية: توجه متزايد نحو الخارج، اجتياز مواقف مختلفة من المتطلبات من وجهة نظر النقل للإمكانات المكتسبة حديثاً في الحياة اليومية ومواجهة ألم الانفصال وعلىٰ المشكلات الانفعالية المرتبطة به.

ولا تعد إمكانية معاناة المتعالجة من صعوبات كبيرة ظاهرياً أو فعلاً ناجمة عن الانفصال أمراً غير مألوف، إلا أنه في كل حال ينبغي التطرق لهذه الصعوبات باعتبارها مشكلة. وهكذا فإنه عند وجود ضبط مناسب «للنقل المعاكس» تكون الضمانة لمعالجة مثل هذه المشكلات موجودة بالفعل. وينبغي عند نهاية كل معالجة الأخذ بعين الاعتبار خطر تنشيط صراعات الانفصال، المرتبطة على الأغلب بانتكاسات ومناورات أخرى لأخذ موقع نكوصي، ومواجهته بالعمل المستمر في خطوات المواجهة التي ينبغي إنجازها.

مسرد المصطلحات

1- الاستراتيجيات الداعمة supportive strategy

استراتيجيات المؤازرة. يقصد بالمفهوم في اللغة العلاجية النفسية مساندة المتعالج من خلال عروض علاقة خاصة، تقوي المشاعر بالدعم الاجتماعي بالشكل الذي تم وصفه في الفصل الرابع الفقرة 6.2.

ويستخدم مصطلح داعم بشكل أعم وأقل نوعية من مصطلح تكاملي. ويتم إطلاق تسمية الاستراتيجيات التكاملية على نشاطات المعالج الموجهة لتعويض عجز محدد في تنظيم العلاقة، حيث يمكن جمعها تحت مفهوم الاستراتيجيات الداعمة.

2- بلاسيبو Placebo

أو العلاج الوهمي أو الدواء الخادع. وتطلق هذه التسمية على كل إجراء علاجي يتم وصفه بسبب وجود عرض ما أو متلازمة مرضية ما دون أن تكون لهذا الإجراء أية فاعلية تذكر أو أية فائدة فيما يتعلق بهدف العلاج. وقد ظهر مفهوم البلاسيبو في القرن الثامن عشر في اللغة الاصطلاحية الطبية كتسمية للاستخدامات الطبية التي تبدو فيها التأثيرات النفسية أهم من التأثيرات الفيزيائية أو الكيميائية. كما تم ذكر البلاسيبو في العصور القديمة كتأثير مرافق للعلاج الدوائي. ويشير كفيكلبيرغ أن متغيرات المعالج ومتغيرات الموقف لا تؤثر ببساطة على المتعالج المعرض بصورة سلبية لهذا الإجراء، وإنما يعد المتعالج مشاركاً بشكل بناء في نشوء تأثير البلاسيبو/ بل أن أثر البلاسيبو نتاج

للمتعالج نفسه حيث تلعب خبرته السابقة وتوقعاته المحددة ثقافياً وإمكاناته في المواجهة دوراً حاسماً (أنظر كذلك التأثيرات النوعية وغير النوعية).

3- التأثيرات النوعية وغير النوعية specific and non-specific

تطلق تسمية نوعي Specific على ذلك التأثير الذي يكون قابلاً للتحقيق عملياً من خلال إجراءات علاجية نفسية محددة وهادفة. ويمكن تفسير هذا الأثر من الناحية العلاجية بناء على هذه الإجراءات بالتحديد. وتطلق تسمية غير نوعي على التأثيرات التي يمكن عزوها إلى تأثير كل الإجراءات النفسية العلاجية مع بعضها وإلى تأثير العلاقات الاجتماعية على الحالة الصحية. وما زال تحديد التأثيرات الخاصة بالطرائق في العلاج النفسي مسألة مفتوحة.

ومن الواضح أن اختبار الطرائق العلاجية النفسية «الحقيقية» (أي الاختبارات التي تصمم استراتيجيات علمية لإحداث نفس التأثيرات التي يحدثها البلاسيبو) مقابل البلاسيبو (مقابل ما يسمى «شبه العلاج») لا يوازي بأي صورة من الصور اختبار معالجة فاعلة من الناحية النوعية. فهنا تتم مقارنة نمطين مختلفين من إثارة الحوادث النوعية مع بعضها.

ويمكننا أن نتوقع أن الإجراء المستخدم بصورة هادفة والقائم على أسس علمية لا بد له وأن يكون في كل الأحوال متفوقاً على العلاج شبه النفسي، إلا أنه علينا ألا نقلل من أهمية الظروف الشافية غير النوعية بالنسبة للحالة الفردية. فنتائج البحوث التي أجريت في الربع الأخير من القرن العشرين حول مشكلة العوامل غير النوعية تشير إلى أن الحوادث التي تشترك فيها كل المواقف النفسية (على نحو تقديم عروض المساعدة وتقديم تصور حول المرض بطريقة ما بالارتباط مع تصور حول مواجهة هذا الاضطراب وتقبل هذا العرض من قبل المتعالج) لها دور كبير في نجاح الإجراءات العلاجية النفسية ومسؤولة في جزء كبير عن تلك التأثيرات التي تعزوها الاتجاهات المختلفة لإجراءاتها النوعية.

4- تفاعل Interaction

يطلق مصطلح التفاعل على كل ما يحدث بين الأفراد في الفعل ورد الفعل. ومن ثم فإن التفاعل يستخدم بهذا المعنى كمفهوم عام يتضمن التواصل. إن التفاعل يتم من خلال التواصل. ويركز المذهب التفاعلي على ذلك الذي يحدث بين الأفراد، أي أنه ينظر للفرد بصورة معاكسة للرؤية التي تنظر للفرد بشكل منعزل عن سياق علاقاته الاجتماعية. إن تحديد طريقة ونوع المجرى الزمني والطابع المضموني للتفاعل يسمح بالقيام باستنتاجات حول بنية المنظومات الاجتماعية.

ويتم اكتساب بنى المنظومات الاجتماعية من خلال المجرى المتكرر والمنسق للتفاعل والتواصل (أنظر التواصل).

وتعد المنظومات الاجتماعية في السياق الأساسي هنا منظومات تصرف مشبعة بالمعنى. وبما أن بنيتها تتكون من خلال التصرفات وليس من خلال الأشياء فإنها عبارة عن هيئة دينامية لا يمكن تمييزها إلا عندما تعمل، أي عندما تحدث التفاعلات.

5- التفسير/ الشرح، التأويل Interpretation /Explanation

عبارة عن إبلاغ استنتاج ما ، أو إيضاح ظواهر وأنماط سلوك وأعراض وأشياء أخرى تمت ملاحظتها في سياق مرضي أو في سياق المنشأ المرضي، أو التفاهم حول قضية متعلقة بالمنشأ المرضي.

6- تكامل Complementary

الاستراتيجية التكاملية Complementally Strategy

الاستراتيجيات التكاملية عبارة عن النشاطات العلاجية الموجهة بصورة نوعية إلى تعويض نقص في تنظيم العلاقة، أي أهنا عبارة عن متغيرة خاصة من متغيرات الدعم الاجتماعي (أنظر الاستراتيجيات الداعمة).

7- التقنيات

التقنيات في هذا الإطار عبارة عن التعليمات التي تنظم سلوك المعالج المرحلي القائم على الموقف وبالاستناد إلى الأهداف الاستراتيجية في الوقت نفسه.

8- الاستراتيجيات

الاستراتيجيات من وجهة نظر علم النفس العام عبارة عن قواعد التحكيم التي تنجز أو تصحح من خلالها الفرضيات. إن كل استراتيجية تكون مطابقة لتعليمات معينة بالنسبة للسلوك في النقاط الأساسية. وتسير استراتيجية علاجية ما بوصفها «نظام موجه مستمر موقفياً» وفق معايير تتطابق مع نقاط عليا حاسمة، أي تتطابق مع معايير عملية أساسية.

9- التواصل

(أ) تطلق تسمية التواصل على تبادل المعلومات الحاصلة في التفاعل. ويمكن وصف التواصل طبقاً لبعض القواعد (فلاتسلافيك):

- لا يمكن للمر «ألا» يتواصل: فكل سلوك ممكن من الناحية الإنسانية يمتلك طابعاً إبلاغياً. وكل إنسان مهما كان شكل سلوكه تجاه الآخرين يدخل معهم في علاقة، أي أنه يتواصل.
- يتضمن التواصل مظهر مضموني ومظهر علائقي: ويقصد بهذا أن كل تواصل يحتوي، إلى جانب محتوى المعلومات، إشارات حول كيفية إدراك هذه المعلومات من قبل الآخر.
- يتم إيصال التواصل رقمياً وقياسياً: يحتوي التواصل الرقمي على المعطيات والوقائع وفق مبدأ «الكل أو لاشيء». أما التواصل القياسي فيقدم معلومات حول الكيفية التي يجب أن تفهم وفقها المعطيات والوقائع. وطبقاً لذلك

تتراجع التواصلات الرقمية إلىٰ خلفية التواصلات القياسية في كل مكان تحتل فيه العلاقات الموضوع الرئيسي.

- التواصل يُرقَّم: لا يتألف التواصل من بلاغات مصفوفة إلىٰ جانب بعضها البعض بصورة متصلة دون انقطاع. إنه يُنظم من خلال من خلال المشاركين بالتفاعل وفق قواعد محددة، أي أنه يُرَقَّم. فكل مشترك بالتواصل يقيم تفاعله علىٰ أساس بنية محددة. ويقيم المتشاركين بالتواصل هذه البنىٰ وفق أدوار المشاركين، حيث تتضح هنا نسبية الأدوار.
- يجري التواصل إما متكاملاً أو متساوقاً: يقوم التواصل المتساوق علىٰ أساس التساوي بين المشاركين بالتواصل. أما التواصل التكاملي فيقوم علىٰ الاختلاف بين المتشاركين في التواصل.

(ب) التواصل العلاجي Therapeutically Communication

يتصف التواصل العلاجي باعتباره حالة خاصة من أشكال التعاون الإنساني بما يلي:

- إطار المتطلبات: ضرورة البناء المشترك لعلاقة مساعدة ملزمة؛
- الموضوع: يدور حول أشكال التواصل الخاصة بالاضطراب الملاحظة في التفاعل؛
- تحديد الهدف: تذليل المعوقات التواصلية (تحسين التعامل مع الذات ومع المحيط)؛
- أشكال قيادة التفاعل: استراتيجيات تشكيل الموقف وتقنيات التواصل والتأثير.

(ج) ما وراء التواصل (التواصل العالي) Meta communication

وهو عبارة عن تواصل عبر التواصل الجاري الآن (أو عبر التواصلات التي جرت مسبقاً) (راجع التواصل الجزء الأول للمترجم، تحت الطبع).

10- التواطؤ Collusion

صاغ هذا المفهوم لانغ ووصفه فيللي بالتصور التالي:

- يعني التواطؤ لعبة غير معترف بها (غالباً لا شعورية) لشريكين أو أكثر على أساس صراع أساسي من نفس النوع، غير محلول.
- يتم نقل الصراع في أدوار مختلفة (المتغيرات المُستَقْطِبة للتشابهات)
- يُسهل الارتباط بين الشريكين محاولات شفاء ذاتية عند أحدهما من النمط النمائي، وعند الآخر محاولات شفاء ذاتية نكوصية.
- يسبب السلوك الدفاعي التصاعدي أو النكوصي تشابكاً وجذباً للشريك. كلاهما يعتقد أنه آمن في صد مخاوفه العميقة من خلال الشريك، ومن ثم الوصول إلى شكل من إشباع للحاجات غير محقق حتى الآن.
- تفشل محاولات الشفاء التواطؤية الذاتية عند ظهور الأجزاء المُصِدَّرة نحو الشريك في الذات الخاصة ثانية.

وككل منظومة ذات إرجاع إيجابي تكون هذه المنظومة مجبرة باستمرار وبصورة سريعة على اتخاذ مواقع أكثر تطرفاً. إن نقل الدوافع الخاصة المكبوتة، التي يعيشها الشخص في البداية على أنها مشبعة، يصبح مع الوقت محرماً بصورة مطلقة ومقيداً ومثبتاً للشخصية.

11- الدفاع defense

مجموع الحوادث النفسية (اللاشعورية) التي تحمي الفرد من الأخطار التي تهدده نتيجة استثارات دوافعه وانفعالاته. لهذا فإن وسائل الدفاع الأولية تكون في خدمة الأنا (وفق فرويد الكبت والنكوص والتكوين العكسي والعزل والإنكار والإسقاط والاجتياف والتصعيد...الخ). وفي الاستخدام العيادي الدارج يستخدم مفهومي الدفاع والمقاومة بالمعنى نفسه. والحوادث الدفاعية لا يمكن ملاحظتها بل تستنتج من الظواهر الملاحظة للمقاومة. ويعني الدفاع الحادث البين نفسي المرضي المنشأ، الذي يمكن فهمه على أنه صدى المقاومة التي تظهر عيادياً، والتي ترتبط باستمرار بالعلاقات الاجتماعية الملموسة وبتنظيمها. وعليه فإنه من الأفضل لو تم في الممارسة العيادية الحديث مثلاً عن مقاومة الكبت بدلاً من الكبت، وذلك عندما لا يسمح خداع الذات والتشويه ...الخ للمريض أن يعيش المحتويات المخجلة أو المؤلمة بشكل شعوري ويبحث عن المهرب في الأعراض العصابية. (انظر المقاومة)

12- رابطة العمل work alliance

يرى غرينسون أن رابطة العمل عبارة عن العلاقة العقلية غير العصابية إلى حد ما بين المتعالج والمحلل النفسي التي تمكن المحلل من العمل في الموقف التحليلي بشكل هادف. ومن الشروط اللازمة لإقامة رابطة عمل من قبل المتعالج استقرار وظائف الأنا لديه وقدرات الأنا على إقامة علاقة لا جنسية وعارية من العدوانية مع المحلل. ومن ثم فإنه لا يمكن إلا علاج «عصابي سليم نسبياً...دون تعديلات كبيرة وانحرافات كبيرة من الناحية التحليلية النفسية». وقد استخدمنا في هذا الكتاب مفهوم علاقة العمل مكان مفهوم رابطة العمل، حيث أن مفهوم علاقة العمل أو علاقة التعاون يطرح متطلبات أقل شدة على قدرات المتعالج.

13- عملية Process

إذا نظرنا للعلاج النفسي من مظهر العملية فإن العلاج النفسي عبارة عن عملية تعديل اجتماعية ونفسية وبيولوجية مركبة داخل العلاقات البين شخصية. ويرى راينكر Reinecker بأن النظريات العملية عبارة عن منظومات من الفرضيات والقوانين التي يمكن أن تفسر أو تتنبأ بسلوك المعالجين والمتعالجين وتفاعلهما في إطار نظري محدد.

14- نموذج العملية Process Model

أنظر نموذج العمل.

15- شرجي- سادي anal-sadistic

الطور الثاني من طور النمو النفسي الجنسي بين السنة الثانية والرابعة، وهذا الطور الشرجي السادي المتعلق بوظائف الإخراج وبتدريب الطفل على، يقوم على معارضة التخلي أو الوقوف في وجه التنازل عن السلطة الذاتية لصالح سلطة الأهل.

16- علاج نفسي Psychotherapy

(أ) علاج نفسي تعبيري Expressive Psychotherapy

عبارة عن التقنيات التي تمكن من فهم ما يعبر عنه المتعالج to express.

(ب) علاج نفسي ديناميكي dynamical Psychotherapy

تتألف العناصر الأساسية للمعالجة النفسية الدينامية مما يلي:

1- تشير المشكلات والأعراض عند المتعالج إلى الصراعات بين الأجزاء الشعورية واللاشعورية للشخصية؛

2- نشأت هذه الصراعات في التعامل مع الأشخاص المرجعيين المهمين

(ألأم، الأب...الخ) في الطفولة الباكرة ويعاد تجديدها وإنتاجها في العلاقات الراهنة للمتعالج. وهنا يعيق القلق الوصول إلى حلول أفضل من الحلول التي تقود للأعراض؛ ومن هنا يهدف المعالج إلى إقامة علاقة يسمح فيها لهذا التكرار على الأقل من ناحية الاتجاه بالتعبير وفي الوقت نفسه تعديل هذه العلاقة على شكل إيجاد حل أفضل للصراع. ومن أجل تحقيق هذه المهمة فإن الاستعداد لقبول الدور التكاملي يعد أساسياً، أي الدور المعزول لا شعورياً للمعالج من قبل المتعالج (أنظر النقل المعاكس).

3- يحتوي كل علاج نفسي دينامي على تصور العلاقة المساعدة كعنصر أساس. ويشمل هذا التصور على خبرات المتعالج بأن المعالج داعم ومساند، بالإضافة إلى خبرة استطاعته في العمل بشكل فاعل داخل علاقة التعاون في حل مشكلاته. وتختلف هذه العلاقة عن تصورات العمل في التحليل النفسي (أنظر رابطة العمل)، لأنه هنا لا يتم التمييز بين علاقة النقل وعلاقة العمل.

17- كفاءة المعالج في التنظيم Regulation of therapist competency

كفاءة المعالج في التمكين من علاقة علاجية حتى عند وجود عجز كبير في قدرة المتعالج على تنظيم التقارب والتباعد، السلطة وعدم السلطة، النشاط والسلبية في العلاقة من خلال تقبل الدور التكاملي المطابق (أنظر مبدأ التكامل).

18- التقشف Abstinence

(أ) مبدأ التقشف أو الامتناع:

عبارة عن التعليمات السارية في كل علوم الأخلاق Deontology بالنسبة للطبيب والمعالج النفسي بعدم جعل المتعالج موضوعاً لطموحاته في الاستعراض والسلطة والثروة أو موضوعاً لحاجاته الجنسية؛ وقد وسع فرويد هذا المبدأ إلى

منع أي شكل من أشكال الاتصال الشخصي بالمتعالج خارج الموقف العلاجي من ناحية، ومن ناحية أخرى كتقييد لإشباع حاجات المتعالج (أنظر قواعد التقشف).

(ب) قواعد التقشف:

عبارة عن قواعد العلاج في التحليل النفسي والمتمثلة بعدم إشباع الحاجات والرغبات التي تظهر في الموقف العلاجي، وإنما تحليلها وتفسيرها. ويعرِّف كل من لابلانشي وبونتاليس قواعد التقشف بأنها المبدأ الأساسي للقيام بالعلاج «بحيث يجد المتعالج أقل قدر ممكن من الإشباع البديل لأعراضه» وفي سياق التقدم النظري لنظرية علاقة الموضوع إلى علم نفسي الاثنين وفي سياق تطبيق العلاج النفسي بالتحليل النفسي على الأشخاص المضطربين باضطرابات باكرة (اضطرابات الشخصية الحدية على سبيل المثال)، فقد تبدلت قاعدة التقشف كذلك. ومن خلال إمكانية تعريف العلاقة العلاجية كسيرورة تأثير متبادلة يتضح الطابع النسبي للحيادية العلاجية (أنظر النقل والنقل المعاكس).

19- نظرية theory

(أ) علاقة النظرية بالتطبيق:

يشكو باحثوا العلاج النفسي والممارسين من عدم التجانس الموجود بين المستوى العالي نسبياً للبحث التجريبي الذي ينتج مجموعة كبيرة من النتائج المتفرقة والعلاقات ويقدمها إلى الميدان العملي، وبين منظومات التفكير المثمرة التي تكشف البنى العميقة الكامنة خلف البنى السطحية للنتائج المتفرقة. وفي مجالا التوتر بسبب التباعد بين ضرورات التصرف ونوعية التصورات الموجهة للتصرف فإن النظرية تظل متخلفة في العادة. ويعتقد أن فرضيات لُنّدون حول تقنية «مستقلة عن المعالجة التي تجعل من معيار التأثير هو المعيار المبرر»

هي الأوسع تأثيرا. وضمن مثل هذا النوع من وجهات النظر المثالية التي من السهل التعرف عليها بأنها نتيجة للذرائعية الأمريكية يتم استبدال مسائل شرعية وحيثيات العلم ومسائل توجيه العمل من خلال العلم بكل بساطة بمسائل الفائدة الوخيمة العواقب. وتحتل مسألة الطابع المُوجِّه للعمل الذي تملكه النظريات والتصورات المفاهيمية بالنسبة للممارسة- وكذلك بالنسبة للأبحاث التطبيقية- في العلاج النفسي مركز الصدارة. فاستراتيجيات المعالج في الإصغاء في ف الموقف العلاجي واستراتيجيات أسلوبه في الحديث واستراتيجيات البحث وطرائقه مشتقة بالأصل من عدد من نماذج العمل بدءاً من «المعرفة العامة حول العالم» مروراً «بالنموذج حول الذات» إلى نماذج النمو والتأثير.

(ب) نظرية العلاج

1- النظريات العامة: نظرية المعرفة، الأخلاق، نظريات حول العلاقة بين الإنسان والمجتمع.

2- نظرية الشخصية: نماذج المرض والصحة، تصورات العلاقة المتبادلة البيو-اجتماعية.

3- نظرية التقنية: قواعد التصرف أو قواعد العمل.

4- تصورات حول مجال التصرف العلاجي: (متغيرات المعالج، متغيرات المتعالج، متغيرات الموقف أو شروط التأثير العلاجية).

لم يتم حتى الآن التمكن بشكل مرض من اختبار نظريات المدارس المختلفة في العلاج (التي هي في الغالب نظريات غير مكتملة أو غير محددة) بصورة تجريبية ومن ثم لم يتم التمكن من جعل العلاقة واضحة بين النظرية والتطبيق. ويماثل

هذا الوضع التفسير غير المرضي علمياً للعملية القائمة خلف التأثيرات العلاجية النفسية في الاتجاهات المختلفة. وعلى الرغم من ذلك فقد تجمع تصعب الإحاطة به من العلاقات والمعارف الخبراتية المبحوثة تجريبياً وإمبيريقياً في المدارس وبينها. ويمكن لاستغلال هذا الكم أن داخل إطار علاجي نظري أن يقود إلى طريقة عمل وممارسة بحثية حول الحوادث النفسية.

(ج) نظرية العلاج:

تمارس مستويات نظرية العلاج وظيفة الوسيط بشكل مباشر على الحدود بين النظرية والتطبيق. ويتمثل دورها المزدوج الناتج عن ذلك في تفسير مجال العمل العلاجي المباشر بشكل تجريدي وإثباته من جهة، ومن جهة أخرى فإن تحقيق نماذج مجردة في الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية يجبرها على تشكيل شبكة علاقات متشعبة جداً مع كل مجالات التطبيق والنظرية ويقود إلى مجموعة منظومات جزئية متغايرة مرتبطة مع بعضها في علاقات هرمية مرنة.

20- النقل Transmission

إسقاط ينشأ أثناء العلاج للميول الطفلية الباكرة والرغبات والمشاعر تجاه الأشخاص الأساسيين أو المرجعيين في ذلك الوقت على المعالج. وعندئذ يبني المتعالج علاقته بالمتعالج بناء على هذه الإسقاطات.

وفي نطاق الابتعاد عن مفهوم النقل الموجه على «البين نفسي» فقط، أي القائم على نموذج البين نفسي، يزداد الاهتمام اليوم في العلاج النفسي التحليلي بالطابع التفاعلي للحادث. فالسؤال ما الذي يدور الآن؟ يحتل أولوية على السؤال: «ما الذي تظهره مواد المتعالج حول ماضيه». ومن الناحية النظرية ويطابق الاتجاه الذي وصفه كل من تومي وكيشله لنظرية علاقة الموضوع (البين نفسية) التقليدية إلى علم نفس الاثنين، يطابق هذا الاتجاه الأساسي. وفي إطار هذا المذهب تحتل مساهمة المعالج بالنسبة للنقل

أهمية أكبر من حيث الجوهر.

21- النقل المعاكس Opposite Transmission

تعرض مفهوم النقل المعاكس منذ أن وضعه فرويد لتحولات عميقة: فقد فهم النقل المعاكس في البداية على أنه ردة فعل المتعالج العصابية الضارة علاجياً الواضحة بدرجات مختلفة على عروض العلاقة المقدمة له (على المعالج أن يضمن الموضوعية العلمية للعملية العلاجية كمرآة باردة موضوعية ذات تأثيرات ذاتية شخصية). وفي الثلاثينيات والأربعينيات من القرن العشرين (بالينت، فينيكوت، وآخرين...الخ) احتل النقل المعاكس على أهميته كأداة تشخيصية مساعدة: يمكن استخدام النقل المعاكس الذي يعني كل مشاعر المتعالج تجاه معالجه والتي ينظر إليها على أنها تطلق قدرات المتعالج، كوسيلة لفهم مشكلة المتعالج.

وهناك رؤية حديثة للنقل المعاكس تقدِّر الطابع التفاعلي للعلاقة العلاجية التي يسهم فيها كلا المتفاعلين بعروض انفعالية عاطفية. وقد اقترح تومي وكيشله نموذجا ينظر فيه للتحديد المتبادل للأدوار التكاملية كمبدأ أساسي للتكامل الاجتماعي: «يهتم المحلل بطريقة تأملية بالأدوار المعزوة إليه أو المقحم فيها لا شعورياً، ويتفاهم مع المعالج حول ذلك ويمكنه من الوصول إلى إخراج مُعَدَل»...«فإذا ما قام بالتملص من التكاملية فإنه سوف يصعِّب البدء من جديد».

إذاً يبدو أن السؤال حول مصدر مشاعر النقل المعاكس المسؤول عنها المعالج دائماً لا يتمتع بأهمية مركزية بل المهارة المكتسبة من هلال التأهيل على إطلاق ديناميكية تحديد الأدوار المتبادل مع نظرة للضرورات العلاجية وجعلها موضوعاً للنقاش (أنظر النقل والمقاومة).

22- النكوص Regression

عبارة عن ظواهر تصف إعادة تنشيط أنماط سلوكية قديمة لمواجهة مواقف غير

معتادة ولصد متطلبات موقفية أو للتعويض عن مهارات النمو التطوري اللاحقة. وهناك كمية كبيرة من النتائج حول الظواهر النكوصية عند الحيوان والإنسان. ويمكن إنتاج النكوص في مواقف الإرهاق والتنويم.

وفي التنويم العميق يمكن إثارة النكوص إلى سن الرضاعة، حتى أنه يمكن إثارة منعكسات المولود الحديث، حركات العين غير المتناسقة، ووضعية الأصابع المروحية مع منعكس بابنسكي...الخ[1]. وغالباً ما يتم استخدام المفهوم عيادياً من منظور العودة إلى شكل علاقة مشبعة بشكل مباشر. ونظراً لمشاعر الألم والتوتر ينحرف الفرد إلى شكل علاقة يبحث فيها لنفسه عن الراحة (النكوص في خدمة الأنا)، حيث أنها لا تحثه بصفته شخص ناشط بفاعلية وإنما تسمح له بالإشباع المباشر للحاجات إلى الإمداد والرعاية السلبية والتعلقية والاستسلام.

ويسبب النكوص الصراعات الدائمة وفقدان الاستقرار والإرهاق من خلال الأمراض أو التبدل المفاجئ للمتطلبات (كالجو الراعي والمغذي للمشفى أو كموضوع تم ائتمان الطبيب عليه سابقاً) (أنظر أيضاً الفقرة ٣,٣,٣ في الفصل الرابع).

23- متغيرات الأساس العلاجية Therapeutically Base variables

المتغيرات ألعلاجية الأساسية هي المواقف أو الاتجاهات الأساسية الثلاثة التي صاغها روجرز، الضرورية والكافية للمعالجين من أجل تحقيق علاج بناءة والمتمثلة في:

- التقدير الإيجابي والدفء الانفعالي.
- الأصالة أو الانسجام (التطابق مع الذات دون واجهة خارجية، انطباق القول على الفعل).

---

(١) منعكس بابنسكي: يعد أهم منعكس خارجي بالنسبة للفحص العصبي من أجل اكتشاف وجود تضررات في الجسم الهرمي: ارتخاء الالتواء الظهري لإصبع القدم الكبرى عند مس محيط باطن القدم الجانبي بوساطة أداة حادة. وجوزيف ف. فيليكس بابنسكي (١٨٥٧-١٩٣٢) عصبي بولوني الأصل، عاش في باريس.

- التعاطف أو السلوك التعاطفي (التقمص العاطفي، الاهتمام الخالي من التقييم، تقنية التأثير: التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالي).

وإذا ما تم فهمها على أنها متغيرات سلوك فهي عبارة عن ثلاثة مظاهر مرتبطة ببعضها بدرجة كبيرة لموقف المقابلة. والمعالجون النفسيون المتمركزون حول المتعالج الحديثون يجعلون من هذا الطابع «الكافي» لهذا الموقف نسبياً ويسمحون «بمتغيرات تأثير أخرى» (راجع العلاج النفسي بالمحادثة- التغيير من خلال الفهم، سامر جميل رضوان، دار المسيرة عمان، ٢٠٠١).

24- المقاومة Resistance

المقاومة أي شيء يعيق مواصلة العمل (فرويد الأعمال الكاملة). وهدف المقومة الحفاظ على التوازن النفسي المستقر المحقق من خلال الأعراض العصابية. ومن هنا فإن تحليل المقاومة يعد إلى جانب تحليل النقل جوهر العلاج التحليلي النفسي. ويمكن تصنيف ظواهر مختلفة (أنظر الفقرة 3.2 في الفصل الرابع) حسب طابع الدفاع الكامن خلف ذلك (مقاومة الكبت)، أو وفق ما يتم تجنبه في العلاقة العلاجية. (مقاومة النقل أو مقاومة ضد النقل) أو حسب ما يجب ضمانه (مقاومة التماهي). وفي سياق المشكلات العلاجية الطرائقية المناقشة هنا يبدو أن طابع تعبيرات المقاومة الملاحظة المنظم للعلاقة هو الفاصل. ومن ثم يمكن فهم المقاومة بمعنى مبدأ التكامل باعتبارها تقبل مثل هذا الموقع في العلاقة العلاجية التي تضمن الأمن في هذه العلاقة من جهة، ومن جهة أخرى تعطي المعالج دوراً تكاملياً مطابقاً يؤدي تقبله إلى شكل العلاقة المألوف (أي استبعاد مطلب واقعي يخشى منه من العلاقة.

25- ميول متناقضة (ميول مزدوجة): Ambivalence

الوجود المتزامن لمشاعر أو رغبات أو تصورات أو دوافع أو مقاصد ذات اتجاهات متعاكسة مع بعضها. وتلعب ازدواجية المشاعر حسب فرويد أهمية كبيرة في نشوء

العصابات.

26- معرفة التعديل Change Knowledge

صاغ هذا المفهوم كامنسكي، الذي يعني المعرفة القائمة على التصرف عند المعالج، يتم بمساعدتها تحقيق الشروط من أجل تحقيق الأهداف العلاجية.

27- لمحة خاطفة، برق (بارقة، استبراق Flash)

عبارة عن خبرة أو معرفة مفاجئة، صاعقة،، خبرة «الآها» ....«همممم».